

Troubles du sommeil chez les enfants et dynamique de famille, quelles interactions?

Etudiant

Sonia Gentet

Tuteur

Dr Mario Gehri, Maître d'enseignement et de recherche
Médecin-chef de l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne

Co-tuteur

Dr Nahum Frenck
Pédiatre FMH, thérapeute de famille
Consyl

Expert

Dr Jean-Yves Pauchard
Médecin-Associé
Département de Pédiatrie, CHUV

Lausanne, janvier 2015

Table des matières

<i>Introduction.....</i>	<i>3</i>
<i> L'approche systémique.....</i>	<i>3</i>
<i> La famille.....</i>	<i>3</i>
<i> Bénéfice, fonction et message du symptôme.....</i>	<i>5</i>
<i> Troubles du sommeil.....</i>	<i>6</i>
<i>Méthodologie</i>	<i>9</i>
<i>Analyse.....</i>	<i>10</i>
<i> TC, et les insomnies au foyer</i>	<i>10</i>
<i> SH, elle dessinait la guerre, aujourd'hui elle dessine une princesse</i>	<i>13</i>
<i> AB, après la fuite, les souvenirs qui font mal au corps et au sommeil.....</i>	<i>16</i>
<i> RJ, richesse culturelle ou troubles du sommeil?.....</i>	<i>19</i>
<i> NK et RK ont peur de la police.....</i>	<i>21</i>
<i> OG, depuis la naissance, elle n'a pas bien dormi.....</i>	<i>24</i>
<i>Discussion</i>	<i>28</i>
<i>Conclusion</i>	<i>28</i>
<i>Remerciements.....</i>	<i>30</i>
<i>Bibliographie.....</i>	<i>31</i>
<i>Annexes.....</i>	<i></i>
<i> Adresses et sites internet utiles.....</i>	<i></i>
<i> Cahiers d'observation</i>	<i></i>

Troubles du sommeil chez les enfants et dynamique de famille: quelles interactions? Etudes de cas.

Introduction

"Troubles du sommeil chez les enfants et dynamique de famille, quelles interactions?" C'est dans une perspective systémique que cette question sur les interactions entre un symptôme et le fonctionnement ou le vécu familial est posée. Ce mémoire rassemble des études de cas illustratifs de l'interaction entre la dynamique de famille et le symptôme des troubles du sommeil. Les participants à l'étude sont des familles dont l'un ou plusieurs des enfants souffrent de troubles du sommeil. L'analyse de chaque cas a compris une analyse des répercussions de la dynamique de famille sur les troubles du sommeil et inversement, de la répercussion des troubles du sommeil sur le système familial.

L'approche systémique:

L'approche systémique est née aux Etats-Unis dans les années 50. C'est un savoir mais aussi une pratique, une manière d'appréhender la complexité qui est applicable à toutes les disciplines, de l'écologie à l'économie en passant par la thérapie de famille ou la médecine. Les quatre concepts de base de la systémique sont la complexité, la globalité, l'interaction et le système. " Une définition de la systémique par l'AFSCET (Association Française de Science des Systèmes) est la suivante: *"Nouvelle discipline qui regroupe les démarches théoriques, pratiques et méthodologiques, relatives à l'étude de ce qui est reconnu comme trop complexe pour pouvoir être abordé de façon réductionniste, et qui pose des problèmes de frontières, de relations internes et externes, de structure, de lois ou de propriétés émergentes caractérisant le système comme tel, ou des problèmes de mode d'observation, de représentation, de modélisation ou de simulation d'une totalité complexe."*¹ C'est une approche qui considère que **"le tout est plus que la somme de ses parties"**.

La famille:

La famille est un système social constituée des membres qui la composent, avec leur réseau relationnel, leur histoire commune et leur futur commun. La famille peut être comparée à un corps composé de plusieurs organes, chacun une entité en soi, qui fonctionnent et interagissent les uns avec les autres.² Une autre analogie pour décrire la famille est le mobile suspendu, si l'un de ses éléments bouge, tout le mobile est déséquilibré et bouge. De même, le vécu d'un membre de la famille ou un symptôme comme les troubles du sommeil se répercute sur l'ensemble du système familial et sur chacun de ses membres.

Chaque membre de la famille est à considérer comme un "holon". Le "holon" est une notion élaborée par Arthur Koestler dans son livre *Janus*, du grec *holos*, "tout", et du suffixe "-on", pour la notion de particule comme dans proton, neutron. Un "holon" est défini comme "un tout qui fait partie d'un autre tout". Par

¹ Donnadiou G, Durand D, Neel D, Nunez E, Saint-Paul L. L'Approche systémique : de quoi s'agit-il ? Synthèse des travaux du Groupe AFSCET " Diffusion de la pensée systémique" <http://www.afscet.asso.fr/>

² Frenck N. La famille et le pédiatre, synergie et complémentarité de l'approche systémique en pédiatrie. Revue Médicale de la Suisse Romande, 2000; 120: 219-224

exemple, un individu est un "tout" qui fait partie d'un autre "tout", la famille nucléaire. La famille nucléaire elle-même est aussi un "holon" qui fait à son tour partie d'un autre "tout", la famille élargie.

L'individu est un sous-système de la famille, la famille est un sous-système de la communauté. Au sein de la famille, on peut identifier d'autres sous-systèmes, comme le sous-système parental ou la fratrie et des sous-systèmes formés par alliances ou coalitions.

Le sous-système parental est lié par le lien conjugal et par le lien parental. Les individus du couple ont à la fois le rôle d'époux et d'épouse l'un pour l'autre, et le rôle de co-parents des enfants.

La famille est une entité en constante évolution et adaptation. En tant que système, elle fonctionne avec des échanges/communication/interaction avec son environnement ou entre ses membres. Les échanges se font au travers de l'interface avec l'environnement ou entre individus que l'on peut qualifier de frontière. Ces frontières avec l'extérieur de la famille ou entre ses membres sont plus ou moins perméables selon le type de fonctionnement familial.

Deux dynamiques sont nécessaires à la survie d'une famille, une dynamique de maintien (morphostase) et une dynamique de changement (morphogenèse), qui permettent le maintien de la structure familiale tout en la faisant évoluer³. Les membres d'une famille *"entretiennent continuellement des interactions pour maintenir un certain équilibre et une évolution constante"*.² Dans un système familial, un symptôme peut jouer un rôle dans une dynamique de maintien ou de changement de l'équilibre de la famille.

La vie d'une famille est marquée par différentes "crises", des événements qui obligent la famille à s'adapter à un nouvel équilibre. Ces crises mettent la famille sous tension et la tension se manifeste parfois chez l'un des membres par une symptomatologie, comme les troubles du sommeil par exemple. Dans une situation de stress qui la déséquilibre, la famille doit maintenir un équilibre ou retrouver un nouvel équilibre. Le symptôme est parfois un moyen utile pour cet équilibre. Les "crises évolutives" sont des points de transition dans la vie familiale, par exemple une naissance ou un décès, un mariage, la perte d'un emploi, un déménagement, la migration, une maladie, un divorce, etc... . Le mot crise en français est négativement connoté alors que l'idéogramme chinois *"wei-ji"* pour le mot crise contient à la fois la notion de danger et d'opportunité. On peut donc appréhender la crise comme un danger possible, certes, mais aussi l'opportunité pour la famille d'élaborer une nouvelle réalité. La survenue d'un symptôme ou d'une crise évolutive dans la vie de la famille chamboule l'équilibre du système familial et est une possibilité de nouveaux fonctionnements dans ce système.²

Contrairement au processus analytique qui recherche des causalités linéaires, la perspective systémique cherche à comprendre le système dans sa globalité, en observant les interactions entre ses différents éléments et les interactions circulaires qui s'y déroulent. La perspective systémique recherche les "répercussions" plutôt que les "conséquences". Dans un système familial, les différents membres communiquent, interagissent, se donnent des feed-back, des "rétrocontrôles". Il y a une relation circulaire entre "le malade" et "la famille". Si les schémas de fonctionnement sont dysfonctionnels, le symptôme perdure ou peut être aggravé.

Quand un membre de la famille présente un symptôme, comme les troubles du sommeil, ce symptôme désorganise le système familial ou l'organise autrement.² Tous les membres du système familial en vivent les répercussions, le malade ainsi que les autres membres de la famille sont touchés. Ce n'est alors pas

³ Frenck N. Familles, jamais tranquilles! Ou comment grandir ensemble pour le meilleur et pour le rire. Editions Payot Lausanne, 2000. p.11

l'enfant seulement qui souffre d'un trouble du sommeil mais on peut dire que la famille souffre d'un trouble du sommeil.

Bénéfice, fonction et message du symptôme

Un symptôme peut parfois être un élément qui est bénéfique et utile à l'équilibre, au fonctionnement ou à l'évolution de la famille. Le symptôme peut aussi être un mode de communication, un moyen d'interagir à l'intérieur de la famille ou avec son environnement. L'angoisse, tout comme les troubles du sommeil peut être un symptôme utile à la communication. *"Exprimée (...), elle serait devenue un mode de communication entre eux, maintenant la cohésion familiale (...)."*⁴ Il y a dans ces cas là un "bénéfice du symptôme", une "fonction du symptôme" ou un "message porté par le symptôme". *"Un symptôme peut apparaître et se développer pour satisfaire un besoin du système familial."* *"Il est connu des pédiatres qu'un enfant peut se réveiller plus fréquemment lorsque la famille est en deuil ou qu'elle vit un stress (...). L'enfant par son réveil permettrait à ses parents de s'occuper de lui (être de bons parents) et "oublier" ainsi l'autre problème"*⁵.

Quel pourrait être la "fonction du symptôme", en quoi le fait que l'enfant dorme mal ou se réveille pourrait-il servir à la famille? Quel pourrait être le "bénéfice" d'un symptôme, malgré qu'il entraîne des souffrances chez les uns et les autres? Quel pourrait être le message communiqué par ce symptôme. Ces questions et les hypothèses qui en découlent permettent de mieux comprendre le trouble du sommeil dans son contexte et dans le tissu relationnel familial dans lequel il s'intègre, et donc d'intervenir de manière plus efficace.

Dans une perspective systémique, le pédiatre cherche d'une part à comprendre le problème, et d'autre part à participer avec la famille à élaborer d'autres réalités, à construire des solutions qui permettent à la famille *d'élargir le champ de son devenir*. Un outil pour ce faire est de formuler des hypothèses, idéalement construites avec la famille. L'hypothèse n'a pas pour objectif de représenter absolument la réalité ou la "vérité", mais plutôt d'expliquer le symptôme s'inscrivant dans le système et la dynamique familiale. Ces hypothèses de travail ont comme objectif d'être utiles à trouver des solutions. *"La formulation d'hypothèses pour exprimer le résultat de l'analyse de la dynamique d'une famille est une démarche plus éthique que la recherche à outrance d'une représentation objective de cette dynamique."*² Dans cette approche, on ne cherche pas une cause à un problème, mais les facteurs qui contribuent à maintenir ou faire persister ce problème.

Dans un système familial, les individus ont différents rôles. Le rôle du "malade" peut parfois être rempli par l'un des membres pour rendre service à la famille. *"Le membre de la famille malade, "le malade", est celui qui par sa "maladie" exprime parfois un malaise familial. D'une certaine manière, avec son symptôme, il est le "porte-parole" du système familial tout entier. C'est pourquoi on l'appelle le "patient désigné" ou le "patient identifié" ou "le porteur du symptôme".* Des symptomatologies sont parfois des *"sociopathies déguisées"*.² Il est donc utile d'essayer de reconnaître le "rôle" du patient dans le fonctionnement familial.

Quand le symptôme est une réponse à un besoin familial, comprendre le trouble du sommeil dans son contexte est indispensable pour une intervention efficace auprès de la famille. Pour comprendre comment le symptôme s'intègre dans le tissu relationnel familial, il est important d'essayer de comprendre quelle est la dynamique de la famille en se posant des questions du type: Quelle est l'architecture de la famille? Vivent-ils une crise évolutive? Quel est leur contexte de vie? Comment les différents membres du système familial interagissent-ils entre eux?

⁴ Frenck N. L'angoisse chez l'enfant : essayons de la comprendre. Le Fait Médical, 1995 Aout; 29 :5-7

⁵ Frenck N. Les troubles du sommeil chez le bébé. Sage-femme suisse, 1992 Juillet-Aout; 24.

Il y a dans une situation de troubles du sommeil plusieurs problèmes en parallèles: le problème de sommeil, l'impact de la situation sur le fonctionnement familial, l'impact du fonctionnement familial sur l'état de l'enfant ². En travaillant à des hypothèses expliquant le symptôme, en comprenant son bénéfice ou son message, les membres de la famille peuvent alors développer une manière d'interagir ou de communiquer qui soit différente et moins délétère pour chacun. En systémique, on cherche à *changer les règles du jeu familial afin que le symptôme ne soit plus une nécessité au fonctionnement du système familial*.

Troubles du sommeil

Le symptôme choisi pour observer l'interaction entre un symptôme et la dynamique de famille est celui des troubles du sommeil. Les troubles du sommeil sont très fréquents dans la population pédiatrique et peuvent avoir des répercussions importantes sur l'enfant et sur tout le système familial. Les troubles du sommeil dans leurs multiples formes sont un souci majeur pour les parents et ont des conséquences à de multiples niveaux.⁶

Le sommeil est un élément crucial au développement de l'enfant. Il est important aux fonctions cognitives et comportementales et nécessaire à la survie. Cependant la fonction physiologique du sommeil reste mystérieuse.⁷ C'est l'activité primaire d'un enfant en dessous de l'âge de un an et durant son enfance, un enfant passe environ autant de temps endormi que de temps éveillé.

Au niveau de la physiologie du sommeil, le sommeil est catégorisé en deux types, le sommeil REM (rapid eye movement) et le sommeil NREM (non-rapid eye movement), évaluables par polysomnographie, différenciés au niveau de l'activité électrique du cerveau évaluable par électro-encéphalogramme, au niveau des mouvements oculaires ou de leur absence et au niveau du tonus musculaire. Durant la phase NREM, l'activité électrique du cerveau est relativement basse et les mouvements du corps sont préservés. Le NREM (75-80% du sommeil) est divisé en 4 stades, du plus léger au plus profond. Le sommeil REM (20-25% du sommeil) se déroule en 4 à 6 épisodes par nuit et est caractérisé par une activité corticale élevée, une paralysie ou un tonus musculaire quasiment absent sauf au niveau des muscles respiratoires, une phase de rêve, un rythme respiratoire et cardiaque irrégulier et des mouvements rapides des yeux. Les sommeils NREM et REM s'alternent au cours de la nuit en cycles de 90 à 110 minutes. Ces cycles durent 50 minutes chez les bébés et s'allongent progressivement au cours du développement. Il y a fréquemment un réveil bref à la fin de chaque cycle avec un rapide retour au sommeil. La proportion de sommeil REM par rapport au sommeil NREM augmente au cours de la nuit.⁶

L'éveil et le sommeil sont régulés par le rythme circadien endogène ("l'horloge interne") et par l'environnement. La lumière stimule le noyau supra-chiasmatique qui inhibe la production de mélatonine alors qu'en l'absence de lumière, la production de mélatonine est stimulée.⁶

La physiologie du sommeil de l'enfant évolue au cours de la croissance et devient de plus en plus semblable au sommeil de l'adulte avec une diminution de la durée du sommeil, une diminution du sommeil diurne et des cycles qui s'allongent (schéma 1⁸).

⁶ Owens JA, Witmans M. Sleep problems. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2004 Apr;34(4):154-79.

⁷ Dahl RE. The impact of inadequate sleep on children's daytime cognitive function. Semin Pediatr Neurol 1996 Mar;3:44-50

⁸ Iglowstein I, Jenni O, Molinari L, Largo R. Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. Pediatrics 2003;111(2):302-7.

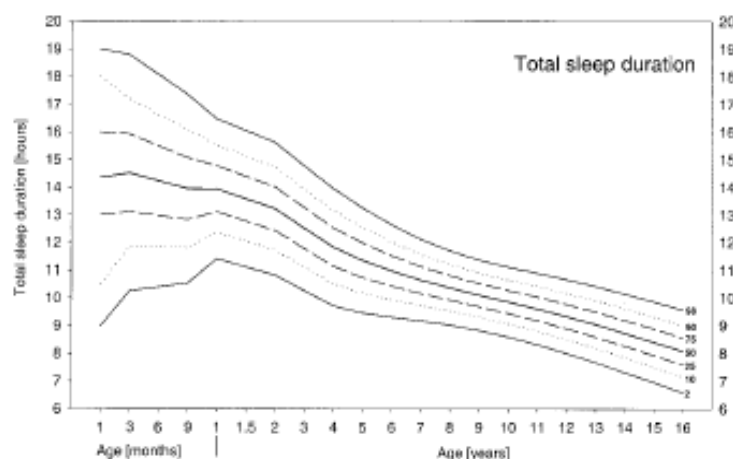


Schéma 1 - Percentiles for total sleep duration per 24 hours from infancy to adolescence. (Iglowstein I)⁸

De nombreuses études ont évalué la prévalence des plaintes concernant le sommeil rapportées par les parents comprenant des troubles du sommeil comme la résistance à la mise au lit, les réveils durant la nuit avec difficultés à se rendormir, les difficultés à initier le sommeil, des apnées du sommeil ou des parasomnies (cauchemars, somnambulisme, terreurs nocturnes,...). Approximativement 25% des enfants présentent des troubles du sommeil à un moment de leur enfance. Des études évaluant la prévalence des troubles du sommeil chez les adolescents ont observé que jusqu'à 40% des adolescents en rapportent. Bien que la plupart des troubles du sommeil soient transitoires, des facteurs intrinsèques comme le tempérament de l'enfant ou une maladie ou des facteurs extrinsèques à l'enfant, comme un stress familial par exemple, peuvent favoriser la chronicisation des troubles⁶.

Une difficulté dans les études sur les troubles du sommeil et les co-morbidités ou difficultés associées est le manque de consensus quant à la définition et l'évaluation des troubles du sommeil⁹. L'évaluation peut se faire de manière subjective avec des agendas du sommeil ou des questionnaires, ou objective par polysomnographie.

Les troubles du sommeil peuvent se présenter sous de multiples formes, dont différentes classifications existent. Les principales catégories de troubles du sommeil selon l'*International Classification of Sleep Disorders (ICSD-2)*¹⁰ sont les insomnies, les troubles respiratoires liés au sommeil (syndrome d'apnée obstructive du sommeil p.ex.), les hypersomnies d'origine centrale (narcolepsie p.ex.), les troubles liés au rythme circadien, les parasomnies (somnambulisme, terreurs nocturnes, ...), les autres parasomnies (énurésie p.ex.), entre autres. La liste de diagnostics est longue, étant donné les multiples formes de troubles du sommeil.

Les troubles du sommeil peuvent avoir un impact délétère sur le développement des enfants et se répercuter à divers niveaux individuels ou familiaux. Il existe une association avec des problèmes émotionnels (p.ex. anxiété, dépression) ou comportementaux (trouble de l'attention, trouble des conduites) chez les enfants et les adolescents. Ces associations sont probablement bidirectionnelles⁹. Une étude a montré une fréquence plus élevée de blessures accidentelles chez des enfants avec des troubles du sommeil, notamment avec une durée de sommeil insuffisante ou de la somnolence diurne¹¹. Une durée de sommeil inadéquate et un manque de sieste sont des facteurs de risque transitoires qui peuvent

⁹Gregory AM, Sadeh A. Sleep, emotional and behavioral difficulties in children and adolescents. *Sleep Med Rev.* 2012 Apr;16(2):129-36

¹⁰Thorpy MJ. Classification of Sleep Disorders. *Neurotherapeutics.* Oct 2012; 9(4): 687–701.

¹¹Li Y, Jin H, Owens JA, Hu C. The association between sleep and injury among school-aged children in rural China: A case-control study. *Sleep Medicine* 2008;9:142–148.

augmenter le risque de blessures accidentelles chez les enfants, ce qui suggère de nouvelles possibilités dans la prévention des accidents.¹²

Avant la puberté, avec un manque de sommeil, les enfants montrent peu de signes de fatigue diurne mais plutôt des manifestations cognitives, émotionnelles ou comportementales comme de l'irritabilité, être grincheux, une tolérance basse à la frustration ou une courte durée d'attention. Ces manifestations peuvent ressembler au trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH). A la puberté par contre, le manque de sommeil se manifeste plus par la sensation de fatigue. La fatigue peut aussi se répercuter sur des performances cognitives comme la mémorisation⁷. Chez les garçons, il semble que des troubles du sommeil dans l'enfance, en particulier les insomnies, augmentent la probabilité d'abus d'alcool ou d'autres substances.¹³

Les troubles du sommeil sont une source de stress et de détresse pour les familles. La qualité du sommeil d'un enfant influence directement la qualité et la quantité du sommeil de ses parents ou de ses responsables, source de fatigue qui peut affecter leur humeur ou leurs aptitudes parentales. Une étude a montré chez les adultes que le manque aigu de sommeil augmente les symptômes d'anxiété, de dépression et de sentiment de détresse en comparaison à un sommeil normal.¹⁴ Une mauvaise qualité du sommeil parental est d'ailleurs considérée comme un facteur de risque pour la maltraitance physique. Les troubles du sommeil peuvent aussi se répercuter sur la relation de couple des parents.¹⁵

De nombreuses variables influencent les troubles du sommeil. Au niveau de l'enfant, ces variables sont par exemple le tempérament de l'enfant, ses préférences individuelles au niveau du cycle circadien, une maladie somatique ou psychiatrique. Les variables parentales sont par exemple le style éducationnel, leur niveau d'éducation, leur connaissance sur le développement de l'enfant, un stress familial, une dépression maternelle, la qualité et la quantité du sommeil des parents. Les variables de l'environnement peuvent être le bruit ambiant, partager le même lit, l'architecture de la famille, le lieu d'hébergement (foyer, appartement exigü, ...). Le contexte culturel et familial influence le comportement et les habitudes familiales autour du sommeil, les attentes quant au sommeil de l'enfant et les réponses à un sommeil perturbé. Les caractéristiques du sommeil et les troubles du sommeil chez les enfants sont, en résumé, influencés par des paramètres biologiques et psychologiques, mais aussi par des facteurs culturels et sociaux¹⁶.

L'origine ou les facteurs qui font perdurer les troubles du sommeil sont souvent d'ordre comportemental. Des mesures de thérapie cognitivo-comportementale ont montré de très bons résultats pour les difficultés à s'endormir ou les réveils nocturnes. Il n'y a cependant encore que peu de recherche quant à l'évaluation de l'efficacité de ces mesures pour les parasomnies (terreurs nocturnes, cauchemars, somnambulisme).¹⁷

¹² Valent F, Brusaferrro S, Barbone F. A case-crossover study of sleep and childhood injury. *Pediatrics*. 2001 Feb;107(2):E23.

¹³ Wong MM, Brower KJ, Zucker RA. Childhood sleep problems, early onset of substance use and behavioral problems in adolescence *Sleep Med*. 2009 Aug;10(7):787-96

¹⁴ Babson KA, Trainor CD, Feldner MT, Blumenthal H. A test of the effects of acute sleep deprivation on general and specific self-reported anxiety and depressive symptoms: An experimental extension. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat* 2010;41:297-303

¹⁵ Lee S, Rhie S, Chae KY. Depression and marital intimacy level in parents of infants with sleep onset association disorder: a preliminary study on the effect of sleep education. *Korean J Pediatr*. 2013 May;56(5):211-7.

¹⁶ Owens JA. Introduction: culture and sleep in children. *Pediatrics* 2005;115:201-3.

¹⁷ Sadeh A. Cognitive-behavioral treatment for childhood sleep disorders. *Clin Psychol Rev*. 2005 Jul;25(5):612-28.

Méthodologie

Cette étude *"Troubles du sommeil et dynamique de famille, quelles interactions?"* est une étude observationnelle utilisant une méthodologie qualitative par études de cas. Les participants à l'étude sont 6 familles dont un ou plusieurs enfants de l'âge préscolaire à l'adolescence présentent des troubles du sommeil subjectivement évalués. Le recrutement des participants à l'étude s'est fait de manière «opportuniste» en assistant à des consultations de pédiatrie à la polyclinique de l'Hôpital de l'Enfance à Lausanne. Si un problème de troubles du sommeil était abordé dans la consultation, j'exposais l'étude, le formulaire d'information et le formulaire de consentement à la famille et si elle consentait à participer à l'étude, je les ai inclus dans le corpus de cas. J'ai observé les entretiens, pris des notes en fonction du cahier d'observation en annexe de manière à collecter diverses informations concernant chaque cas. En fonction du temps à disposition, je leur ai posé moi-même des questions complémentaires après l'évaluation par le pédiatre. Je me suis assurée du consentement des participants (des parents ou représentants légaux et de l'enfant s'il avait la capacité de discernement). Les données ont été rendues anonymes afin que les familles ne soient pas identifiables.

Les troubles du sommeil touchent des enfants d'âge très variable, du nourrisson à l'adolescent. Pour avoir un corpus diversifié, il n'y a pas eu de restriction quant à l'âge des enfants. Une cause médicale ou physiologique expliquant le trouble du sommeil n'a pas été un critère d'exclusion car dans une perspective systémique, le symptôme de l'enfant, quelle qu'en soit l'étiologie, a des répercussions sur le système familial et les boucles de feed-back de la famille peuvent influencer l'état clinique.

L'analyse des données a été basée sur les notes prises lors des entretiens dont les informations ont été catégorisées par thématiques pour observer différents aspects de la dynamique de famille. Cette analyse est basée sur les éléments subjectifs rapportés à l'anamnèse par les parents, les représentants légaux, les enfants, ou dans un cas, une traductrice présente qui connaissait bien la famille.

Pour les analyses de cas, j'ai abordé les situations par les questions suivantes:

1. Quelles sont les caractéristiques de la famille en tant que système, quelle est l'architecture de la famille, qui en sont les différents membres, quels sont les rôles au sein du système familial? Quel est le passé de la famille, quelles sont les crises évolutives passées ou présentes? Quelle est la situation sociale, la situation administrative pour les patients migrants? Quel est le lieu d'hébergement? Quelles sont les caractéristiques des troubles du sommeil présentés et les manières d'y répondre?
2. Quels sont les facteurs qui influencent le sommeil?
3. Quelles sont les répercussions des troubles du sommeil sur le système familial?
4. Quelles sont les hypothèses pouvons-nous évoquer pour mieux comprendre l'origine, la fonction, le bénéfice ou le message du trouble du sommeil? (celles des membres de la famille si elles sont exprimées lors de l'entretien et les miennes suite à l'analyse de la situation)

Ces hypothèses n'ont pas pour objectif de déterminer les liens de cause à effet qui ont lieu dans la genèse ou la perpétuation des troubles du sommeil, mais sont plutôt des pistes de réflexions, des outils de travail pour penser et imaginer des interventions qui pourraient aider la famille. Idéalement, ces hypothèses seraient à élaborer avec la famille elle-même pour l'aider à élaborer de nouvelles manières de fonctionner ensemble.

J'aurais voulu assister à plusieurs entretiens avec la même famille pour pouvoir observer l'évolution dans le temps des symptômes et du vécu de la famille, ce qui aurait permis de vérifier la pertinence des hypothèses élaborées. Cependant, pour des raisons pratiques cela n'a pas été possible. L'aperçu que j'ai eu est donc comme une photo d'un instant dans le film de la vie de ces familles.

Afin de me familiariser avec l'approche systémique, j'ai assisté à quelques entretiens avec le Dr Nahum Frenck, pédiatre systémicien, à la consultation de systémique Consyl. Etant donné que la majorité des cas (cinq cas sur six) sont des familles migrantes, je me suis renseignée sur les rouages de la migration ainsi que sur les pays et la culture d'origine de certaines familles.

Analyses de cas: "troubles du sommeil et dynamique de famille, quelles interactions?"

TC et les insomnies au foyer

TC, 13 ans, est un adolescent originaire du Portugal. Sa famille a migré du Portugal en Suisse quelques mois avant l'entretien à la Polyclinique auquel j'assiste. La mère de famille a été victime de violence conjugale et c'est sur décision du service de protection de la jeunesse (SPJ) que les enfants ont été placés dans un foyer en raison de la difficulté de la mère "à être protectrice et autonome". La famille exprime souffrir de cet éclatement du système familial et espère être bientôt à nouveau réunie sous un même toit. La mère vit elle-même actuellement dans un autre foyer et elle a pu trouver du travail depuis peu, soit un gain d'autonomie.

TC est l'ainé du système familial présent qui est composé de la mère, de sa petite sœur de 8 ans et de lui-même. Ils ont aussi au moins un autre frère au Portugal âgé de 22 ans. Au vu de la différence d'âge, il se pourrait que ce soit un demi-frère. Le père de TC n'a pas été mentionné dans l'entretien et on ne sait pas si c'est lui ou un autre conjoint de la mère qui était l'auteur des violences conjugales.

TC a des troubles du sommeil sous la forme de réveils presque chaque nuit et d'insomnie. Le soir, TC a de la peine à s'endormir. Parfois, les veilleurs lui donnent *"des gouttes pour l'aider à dormir"*, mais TC dit qu'il n'en ressent pas d'effet. Il dit aussi qu'il n'a pas de difficultés à dormir le week-end quand il est avec sa mère. TC raconte que quand il se réveille la nuit, il pleure et il pense à sa maman et il n'arrive pas à se rendormir avant longtemps. Dans l'explication qu'il donne, il associe ces difficultés à dormir à leur séparation. Il dit qu'il ne dort pas : *"parce que j'aime ma maman!"*.

Au niveau des rôles adoptés au sein de la famille, TC, comme souvent les enfants de familles migrantes qui apprennent la langue du pays d'accueil à l'école, a un rôle de traducteur et d'aide auprès de sa mère notamment pour les documents officiels. Par exemple, durant la consultation, c'est lui qui l'aide à signer les formulaires de participation à l'étude, car sa mère parle peu français et ne sait que peu lire et écrire, ayant peu été scolarisée durant sa jeunesse. TC a des compétences en français et des compétences de lecture et d'écriture que sa mère n'a pas. Ceci transforme la hiérarchie habituelle de la famille. L'enfant devient "celui qui aide", "celui qui en sait plus". TC est parentifié par rapport à sa mère, en tout cas dans ce domaine-là. Dans le processus de parentification, il y a l'attribution d'un rôle parental à un enfant, avec une forme d'inversion des rôles et une perturbation des frontières intergénérationnelles. L'enfant prend des

responsabilités qui le rendent "parent de ses parents"¹⁸. Par ailleurs, bien qu'ayant un grand frère vivant au Portugal, TC a le rôle du "fils aîné" dans le système familial présent. Ces différents aspects mettent TC dans une position où il se doit d'être "responsable". Responsable de sa mère pour l'aider par la traduction, responsable de sa sœur qui vit dans le même foyer lorsqu'ils sont séparés de leur mère. Et concernant la violence conjugale vécue par sa mère, se sent-il également responsable de la protéger?

Au niveau de l'attitude de TC, il semble s'intéresser aux autres et ressentir intensément la souffrance d'autrui. Quand le pédiatre lui demande ce qu'il voudrait faire plus tard, il dit vouloir devenir pédiatre parce qu'il a vu à la télévision des enfants qui ne vont pas bien et qu'il aimerait faire quelque chose! Cette attitude de TC doit certainement le rendre d'autant plus sensible à la souffrance familiale et maternelle.

Concernant les relations entre les différents individus composant le système familial, il semblait y avoir une coalition ou une alliance entre TC et sa mère. Ceci était observable par la différence d'interaction entre la mère et TC ou entre la mère et sa fille de 8 ans. TC et sa mère étaient assis tout proches alors que sa sœur était un peu de côté. Il y avait beaucoup de tendresse et de complicité entre TC et sa mère, alors que l'interaction entre la mère et la fille était d'un style plus "éducatif" avec plus de confrontation et de temps à autre des remarques agressives. Dans cette complicité entre la mère et son fils, TC a-t-il un rôle de confident et de soutien pour sa mère alors que sa sœur serait "trop petite pour comprendre"?

En résumé, cette famille arrivée en Suisse depuis quelques mois, vit une situation de migration et d'adaptation à un nouveau contexte de vie, tout en ayant un arrière-plan marqué par la violence conjugale et vivant un éclatement du système familial dans différents foyers imposée par le SPJ et temporaire. Tous ces facteurs ont totalement modifié la structure et la dynamique de famille dans les derniers mois. Ils vivent une "crise évolutive" majeure dans le cycle de vie de la famille, ce qui comprend à la fois des dangers et des opportunités. Ils sont dans la période d'un équilibre rompu pour arriver à un nouvel équilibre du système familial, une nouvelle réalité à élaborer.

Facteurs influençant le sommeil

La famille explique les troubles du sommeil par la séparation de la famille nucléaire par le placement dans différents foyers. Les enfants sont séparés de la maman et séparés l'un de l'autre durant la nuit car résidant dans des parties différentes du foyer en fonction de leur âge. Cette séparation constitue un stress et une tension pour les membres de la famille que TC exprime la nuit lorsqu'il se réveille, qu'il pense à sa mère et pleure.

TC est un individu que l'on peut décrire, selon la notion élaborée par Arthur Koestler comme un "holon", c'est à dire un "tout" qui fait partie d'un autre "tout", le système familial. Ce système familial, le "holon-famille", fait partie d'autres "holons", d'autres systèmes plus larges auxquels il appartient. Ce sont par exemple le "holon" de la famille élargie, de la ville d'origine, de la culture d'origine, des gens parlant la même langue,

La migration est un facteur de stress pour une famille, en soi c'est une crise évolutive. TC et sa famille sont dans une période d'adaptation à leur nouvelle vie en Suisse. Un des aspects liés à la migration est la vulnérabilité qui en découle pour la famille nucléaire. Elle n'est plus entourée par les différents "holons" auxquels elle appartient ("holon" de la famille élargie, de la ville d'origine, de la culture d'origine, des gens parlant la même langue, ...). Dépossédée de ses "enveloppes" en raison de la migration, les individus de cette famille sont en plus dépossédés de l'"enveloppe" que représente le système familial les uns pour les

¹⁸ Le Goff J-F. Thérapeutique de la parentification : une vue d'ensemble. *Thérapie familiale* 2005;26: 285-298

autres car ils ont été séparés les uns des autres par un placement en institutions. Cette vulnérabilité et le stress qui y est lié contribuent certainement aux insomnies de TC.

La famille se situe aussi entre de multiple "temps", par exemple entre le temps d'avant la migration et le temps de leur pleine adaptation à la vie en Suisse, ou entre le temps où ils vivaient ensemble et le temps où ils vivront à nouveau ensemble, une fois que la situation de la mère sera stabilisée et que les services sociaux lui permettront de reprendre ses enfants... Leur quotidien actuel est donc une situation transitoire et instable, une transition qu'ils espèrent la plus courte possible. Les périodes de changements sont par nature stressantes, ce sont la rupture de l'équilibre du système familial pour arriver à un nouvel équilibre. Il y a probablement chez TC et sa famille un sentiment de perte de contrôle de leur destinée, d'être "à la merci" des décisions que prendront les services sociaux qui en les séparant les uns des autres ont exercé "une force centrifuge" sur les individus par rapport au système familial les éloignant les uns des autres. Ce sentiment de perte de contrôle et de force centrifuge qui leur est imposée peut être très anxiogène et cette anxiété pourrait se manifester par les insomnies.

TC a raconté un de ses cauchemars durant l'entretien qui exprime son sentiment de perte de contrôle de sa destinée. Dans son rêve il était dans le métro avec sa maman, puis beaucoup de gens sont entrés dans le métro et ils ont été séparés. Ils se sont perdus, puis la police l'a pris et emmené au foyer."

Répercussions sur le système familial

Avec ses insomnies, la qualité du sommeil de TC et, je suppose de sa sœur ainsi que de sa mère est affectée. Une répercussion de ce sommeil altéré mentionnée par TC est qu'il est fatigué à l'école. Il a des difficultés scolaires, des troubles du comportement et il se fait gronder par les enseignants. Ces problèmes scolaires peuvent à la fois être des répercussions du manque de sommeil ou être renforcés par le manque de sommeil, qui peut causer des difficultés d'attention ou de mémorisation par exemple. Ils peuvent aussi être des répercussions d'autres facteurs de stress comme la séparation familiale, la migration, ou l'exposition à la violence conjugale par exemple.

Une autre répercussion de ces troubles du sommeil, est le fait d'émouvoir la mère. Durant la consultation, quand TC dit qu'il ne dort pas "*parce qu'il aime sa maman*", elle est émue aux larmes. Ça les rapproche et a l'effet d'une "force centripète" qui les rends plus proche et renforce la cohésion du système mère-fils.

Hypothèse de la fonction du symptôme, du message et/ou du bénéfice du symptôme

Ces insomnies pourraient être un moyen pour TC de communiquer son affection à sa mère. Il dit qu'il ne peut pas dormir "*parce qu'il aime sa maman*", donc s'il dort bien, cela signifierait-il pour lui qu'il ne l'aime pas? Si tel est le cas dans la pensée du garçon, il ne peut pas sereinement bien dormir par loyauté envers sa mère. Le symptôme aurait donc une fonction relationnelle, celle de communiquer de l'affection à sa mère et de se sentir proche d'elle malgré leur séparation physique. D'ailleurs, quand ils sont ensemble le week-end, TC dort très bien, il n'a pas besoin de créer un substitut de proximité avec elle en pensant à elle au milieu de la nuit car il est avec elle! Il se pourrait aussi que TC ne se donne pas le droit de bien dormir par loyauté envers sa mère qui vit une situation difficile, comme s'il n'avait pas le droit au bonheur ou au repos tant que sa mère ne va pas bien!

Comme mentionné plus haut, le système familial vit une rupture d'équilibre pour arriver à un nouvel équilibre. Dans cette situation instable, des "forces centrifuges" sont exercées sur le système familial par l'environnement qui l'entoure (la séparation des membres de la famille et le placement en foyer sur décision institutionnel). La famille a donc besoin d'exercer des "forces centripètes" pour assurer sa

cohésion. Pour TC, se réveiller la nuit comme une marque d'affection pour sa mère aurait le rôle d'exercer une force centripète qui les rapproche afin d'éviter l'éclatement du système familial.

Une autre hypothèse quant au message que pourraient crier les symptômes, serait qu'ils sont un message adressé au service de protection de la jeunesse qui a placé les enfants en foyer et les a séparés de leur mère. Le message pourrait être: "cette situation de séparation ne vas pas, je ne peux pas vivre sereinement séparé de ma maman, j'en perds la capacité de dormir, nous avons besoin d'être réunis". Le symptôme serait donc un plaidoyer pour la réunion de la famille le plus vite possible, avec l'espoir de rassembler le système familial. Ce serait comme une boucle de rétrocontrôle vers l'environnement (institutions) qui a exercé une influence sur le système familial en les séparant, une sorte de feed-back négatif pour réverser cette séparation.

Conclusion

Dans le cas de TC et de sa famille, tout comme dans beaucoup des cas suivant, les troubles du sommeil semblent plutôt être des symptômes d'une crise évolutive et d'une souffrance que vit le système familial plutôt qu'un diagnostic en eux-mêmes. Ils sont une réponse de TC à la situation familiale et pourraient être un moyen de communiquer son affection et son soutien à sa mère. Je voudrais dans cette situation suggérer à TC de trouver des moyens créatifs d'exprimer et de communiquer son affection à sa mère, comme par exemple par des lettres, des dessins, ou d'autres idées qu'il aurait. Cela lui permettrait d'être certain que sa mère soit assurée de son affection et de dormir tranquillement sans que cela ne signifie pour lui qu'il ne l'aime pas. Ce serait le moyen d'exprimer son affection à sa mère d'une manière qui lui soit moins délétère.

SH, elle dessinait la guerre, aujourd'hui elle dessine une princesse...

SH est une enfant kurde de Syrie de 7 ans et demi. Elle vit avec son oncle et sa grand-mère qui en sont les responsables et l'ont élevée depuis que sa mère a quitté leur famille quand elle avait 6 mois et depuis que son père s'est réfugié en Suisse pour des raisons politiques. Son oncle a par la suite lui aussi émigré en Suisse où il étudie à ce jour à l'université. Il a pu faire venir en Suisse sa mère et sa nièce quelques mois avant l'entretien par un accord de regroupement familial pour les étudiants syriens en raison de la guerre civile en Syrie. SH a été exposée à des événements traumatisants. Durant la consultation, son oncle raconte qu'une bombe a explosé dans leur quartier en Syrie et que SH a vu les corps des personnes tuées par cet attentat qui a fait vingt-six victimes. Un autre événement traumatisant pour SH a été l'arrestation et l'emprisonnement de 35 jours de son oncle à la frontière lors de leur voyage pour venir en Suisse.

Au niveau scolaire, SH est en 3ème année Harmos, elle est bonne élève et les maîtresses sont contentes d'elle. Elle a bien pu rattraper le programme scolaire depuis son arrivée, elle apprend bien le français et son oncle l'aide pour les devoirs.

SH a des difficultés pour dormir et des souvenirs du passé en Syrie agitent ses nuits. Les troubles du sommeil que présente SH se manifestent principalement par des difficultés à s'endormir et par des cauchemars ou terreurs nocturnes. Elle dort dans le même lit que sa grand-mère dans le studio de son oncle où les trois personnes vivent. Elle ne s'endort qu'une ou deux heures après le coucher, et uniquement si sa grand-mère ou son oncle dort aussi. Ils ont essayé sans succès de la faire dormir séparée de sa grand-mère. SH a régulièrement des cauchemars ou des terreurs nocturnes à une fréquence d'environ cinq nuits par semaine. Elle rêve souvent qu'un homme la capture ou elle a des réviviscences d'images vécues en

Syrie: l'arrestation de son oncle ou les victimes de l'attentat à la bombe. Quand elle a un cauchemar ou une terreur nocturne, son oncle ou sa grand-mère interviennent. Ils la réveillent si elle a l'air de trop souffrir dans son sommeil, sinon ils la laissent dormir en attendant que ça passe. Concernant ses peurs et les réviviscences des images traumatisantes du passé, ils lui racontent des histoires ou *"les petits arrivent à battre les grands"* comme dans les dessins animés, par opposition aux événements qu'elle a vécus où elle était souvent petite, vulnérable et impuissante.

La famille de SH a vécu plusieurs crises évolutives qui ont successivement transformé l'architecture du système familial dont fait partie SH. Elle a d'abord vécu entourée de ses deux parents, au sein de la famille élargie du côté paternel, puis sa mère est partie pour retourner auprès de sa famille d'origine pour des raisons inconnues. Ce fût une première séparation. Son père, puis son oncle ont ensuite aussi émigré en Suisse comme réfugiés, deux nouvelles séparations d'avec des proches pour SH. Elle a ensuite vécu avec sa grand-mère jusqu'à ce que son oncle puisse les faire venir les deux. Ces séparations successives ont marqué l'histoire de la famille nucléaire de SH et la grand-mère est l'élément stable dans son entourage au cours des années.

Actuellement le système familial direct dont fait partie SH est une triade composée de sa grand-mère et de son oncle, qui ont repris le rôle parental, et d'elle-même. Dans ces crises évolutives, le rôle des différents individus a changé pour s'adapter aux nouvelles configurations du système familial. Par exemple, le lien "mère-fils" entre la grand-mère et l'oncle de SH s'est supplémenté d'un lien de "co-parents" de la fillette, ou encore, le rôle parental a été transféré des parents biologiques à l'oncle et la grand-mère. D'autres changements sont en perspectives, car le père de SH qui vit en Suisse-allemande va prochainement se marier avec une de leur voisine en Syrie *"qui pourra être une maman pour SH"*, dit l'oncle. Il y a donc un projet que SH puisse à nouveau vivre avec son père et qu'il puisse reprendre son rôle parental qu'il a confié à son frère et à sa mère pour l'instant. Ce n'est cependant pas encore possible et ils ne veulent pas séparer SH de sa grand-mère qui a été l'adulte présent en permanence dans son entourage, pour ne la lui infliger une séparation supplémentaire et la perturber.

Du point de vue systémique, SH est un "holon" qui fait partie d'un autre "holon", sa famille. Cette famille fait à son tour partie d'un autre tout, le "holon" des kurdes de Syrie. Par leur appartenance au "holon" de la communauté kurde de Syrie, leur parcours de vie est influencé et marqué par sa situation sociale et politique, par les discriminations envers ce groupe ethnique et par le conflit actuel en Syrie.

Facteurs influençant le sommeil

Les événements dramatiques et traumatisants dont SH a été témoin (l'explosion d'une bombe dans leur voisinage en Syrie et la vision des cadavres des victimes, l'arrestation et l'emprisonnement de son oncle, et sûrement d'autres événements non-évoqués durant l'entretien) sont un facteur majeur qui influence son sommeil à ce jour. C'est une violence terrible à laquelle elle a été confrontée dans ce contexte de guerre en Syrie. Elle a des réviviscences de ces événements sous la forme de cauchemars fréquents ou de rêves où elle est capturée pouvant faire référence à l'emprisonnement de son oncle à la frontière. L'exposition à la violence est donc un des facteurs majeurs influençant le sommeil de SH.

La situation sociale est un autre facteur stressant pour la famille qui se répercute sur le sommeil de SH. Elle le montre par de l'inquiétude le soir par rapport à l'école ou par rapport aux problèmes de la famille (asile, finance, logement). La famille a actuellement un permis N (c.-à-d. requérants d'asile en procédure), et ils reçoivent l'aide sociale. L'oncle travaille à temps partiel à côté de ses études à l'université. La famille ne se sent pas en sécurité en raison de leur difficulté à comprendre tous les formulaires qu'ils doivent régulièrement signer, de même que les règles et conditions en vigueur pour bénéficier de l'aide sociale

qu'ils ne comprennent pas bien non plus. Ce contexte est anxiogène pour l'oncle et la grand-mère, et ce climat d'anxiété se répercute sur SH qui manifeste son anxiété le soir au coucher.

D'autre part, la vie de SH a été marquée par plusieurs séparations dont l'abandon par sa mère alors qu'elle était bébé. Sachant que le contexte social et politique était difficile, et que le père s'est ensuite réfugié en Suisse pour des raisons politiques, on ne sait pas si c'est de plein gré que la mère a quitté mari et bébé ou si elle y a été contrainte. L'oncle et la grand-mère disent ne pas comprendre pourquoi elle a abandonné SH et que ce n'est pas normal dans leur culture. Quand SH a eu 7 ans, ils lui ont raconté que sa maman l'avait quittée, lui ont montré une photo d'elle et, avant qu'elle quitte la Syrie, ils ont essayé qu'elle puisse rencontrer sa mère, mais sa mère et sa famille ne l'ont pas voulu. SH aurait alors dit quelque chose comme: *"Si elle ne veut pas me voir, moi non plus je ne veux pas la voir"*. Cette incompréhension de l'abandon par sa maman, associé aux séparations d'avec son oncle et son père quand ils sont partis comme réfugiés doit sûrement générer chez SH une anxiété de séparation et une peur d'être à nouveau abandonnée "sans raison" par l'un de ses proches. Si sa mère même l'a abandonnée sans raison apparente, qu'est-ce qui lui garantit que son oncle ou sa grand-mère ne le ferait pas aussi? C'est peut-être un raisonnement qui habite SH, qui l'inquiète et contribue à ses troubles du sommeil et son impossibilité de s'endormir si un adulte ne dort pas aussi avec elle. S'ils dorment, ils ne vont pas s'en aller et m'abandonner se dit-elle peut-être.

Répercussions

Au niveau des répercussions de ces troubles du sommeil, il y a d'une part les nuits coupées pour toute la famille. Mais d'autre part, je voudrais détailler une répercussion que la souffrance psychique et l'histoire de SH, plutôt que les troubles du sommeil en eux-mêmes qui n'en sont qu'un symptôme, auraient sur le "cycle de vie" individuel de l'oncle. Le cycle de vie d'une famille (schéma 2) est composé des différentes étapes de la vie du jeune adulte qui se distancie de sa famille d'origine et forme un nouveau système familial en formant un couple, qui vit différentes crises évolutives dont la naissance des enfants puis leur départ. A leur tour ils vont créer leur propre cycle de vie en formant un nouveau système familial.²

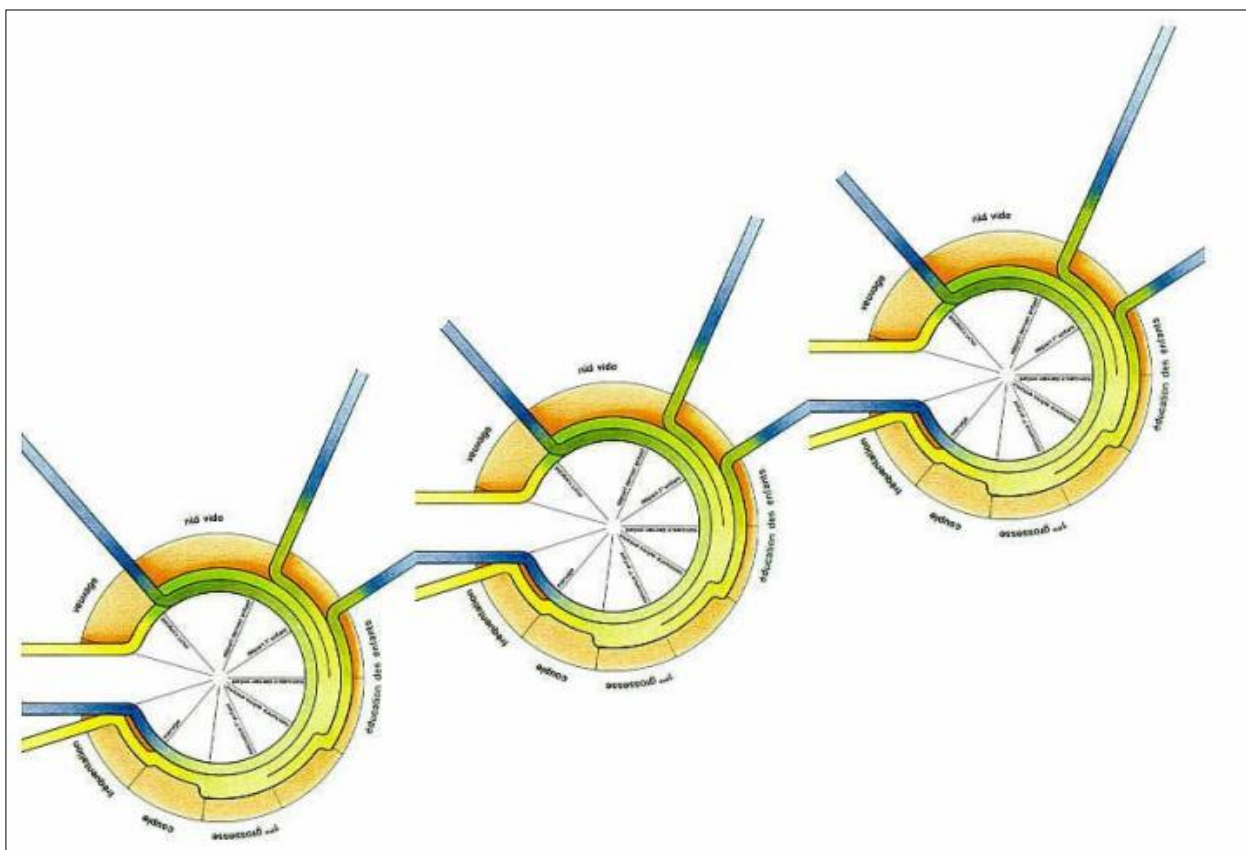


Schéma 2 - Cycle de vie de la famille, trois générations (Dr Nahum Frenck)

L'oncle de SH était fiancé à une jeune femme, mais durant la consultation il raconte que SH venait les séparer lorsqu'ils dansaient ensemble et qu'elle avait peur de sa fiancée. C'est une raison pour laquelle ils ont rompu leurs fiançailles deux mois auparavant dit-il. Ce facteur a influencé leur décision. La fiancée de l'oncle devait représenter pour SH une menace à la pérennité de l'architecture du système familial en l'état. Elle représentait une "force centrifuge" qui risquait d'éloigner l'oncle de la famille nucléaire pour qu'il forme de son côté un nouveau système familial avec sa fiancée, ce qui aurait amené la triade formée par SH, son oncle et sa grand-mère dans une dynamique de changement. La fiancée représentait la rupture d'un équilibre pour la construction d'un nouvel équilibre.

Dans ce contexte, l'oncle a en quelque sorte sacrifié ses fiançailles et la création d'une nouvelle famille nucléaire avec sa fiancée pour préserver sa nièce et "*ne pas lui infliger une séparation supplémentaire*", dit-il. Le cycle de vie de la famille est, semble-t-il bloqué, comme figé à ce stade-là. L'oncle ne peut se distancer du cycle de vie de la famille de sa mère pour former un nouveau système familial et ouvrir le cycle de vie de sa propre famille. Il y a une loyauté de l'oncle envers sa nièce, sa mère, ou son frère (le père de SH) qui l'a amené à renoncer à ses fiançailles. Les souffrances psychiques de SH dues à son vécu de séparations multiples et d'abandon ainsi que la manifestation de sa peur de la fiancée ont l'effet d'une force centripète qui maintient le système familial ensemble et opère une dynamique qui prévient des changements.

Hypothèse de la fonction du symptôme, du message et/ou du bénéfice du symptôme

Le message des symptômes de SH pourrait être l'expression de sa peur de l'abandon et de la séparation, ou être l'expression de l'anxiété et des soucis partagés par toute la famille au sujet du logement, des finances ou de l'asile.

Par ailleurs, en exprimant une peur vis-à-vis de la fiancée de l'oncle, SH était peut-être porte-parole du système familial, exprimant une peur de la rupture de la stabilité du système familial et d'une crise évolutive.

Conclusion

En conclusion, la famille a globalement le sentiment que la situation va vers le mieux, notamment avec le mariage prochain du papa qui "*donnera une maman*" à SH. Ils ont aussi l'impression que SH elle-même va mieux également, ce qu'elle exprimerait au travers de l'évolution de ses dessins. Elle dessinait des avions et des bombes dans les premiers mois après son arrivée en Suisse et durant la consultation, elle dessine un dessin plus paisible, une princesse avec une belle robe, un drapeau suisse et un drapeau aux couleurs du Kurdistan (jaune, rouge, et vert) ainsi qu'une figure "Hello Kitty". SH est cependant encore marquée par ce qu'elle a vu et vécu avec beaucoup de réviviscences dans ses cauchemars. Par ailleurs, tout comme TC, elle et sa famille sont dans une situation de vulnérabilité où ils ont perdu leur "enveloppes culturelles" ("holon" de la famille élargie, de la culture d'origine,...) et plus encore, SH a perdu très tôt dans sa vie son "enveloppe" la plus proche: la présence de ses parents.

Lors de la consultation, le pédiatre oriente la famille auprès de la psychologue scolaire qui pourra ensuite référer SH à d'autres thérapeutes si nécessaire. Etant donné les conséquences à long terme d'un trouble de stress post-traumatique non traité (chronicisation, troubles psychiatriques, ...), même si ce diagnostic n'est pas posé chez cette fillette, c'est une excellente chose qu'un suivi psychologique soit mis en place pour elle afin de l'aider à digérer ses traumatismes. Je pense qu'il serait aussi important d'aborder la question de l'abandon par sa maman avec un thérapeute car cela semble perturber cette fillette.

AB, après la fuite, les souvenirs qui font mal au corps et au sommeil

AB a 13 ans, il est originaire d'Asie Centrale et vit en Suisse en tant que requérant d'asile avec une partie de sa famille. Ils ont un permis N. Concernant son contexte de vie, il vit dans un appartement de l'Etablissement Vaudois d'Aide aux Migrants (EVAM) dans la campagne vaudoise, avec sa mère, son frère de 19 ans, et deux sœurs de 17 et 11 ans. La famille a vécu une dispersion du système familial. Le système familial est séparé du père qui vit en France en ce moment et de la grande sœur, jumelle du frère de 19 ans, qui s'est mariée dans un pays par lequel ils ont transité lors de leur migration. Le père leur rend visite une fois par mois. Il est en France car pour traverser la frontière, la famille s'est séparée en plusieurs groupes pour ne pas être trop nombreux avec chaque passeur. Le père et une des sœurs sont arrivés en France. La sœur a déjà pu rejoindre le reste de la famille mais ce n'est pas encore le cas du père.

AB a été victime d'un événement violent envers sa personne dont la nature exacte n'a pas été abordée durant la consultation. Cet événement violent a provoqué la fuite et la migration de toute la famille.

AB est connu du pédiatre pour des troubles du sommeil, des douleurs abdominales et des céphalées chroniques qui sont en amélioration. Ces symptômes sont mis sur le compte d'une somatisation sur le traumatisme causé par les événements vécus au pays ainsi que durant leur migration. AB souffre d'insomnies, il lui faut environ une heure pour s'endormir chaque soir. Il a aussi des cauchemars dont la fréquence a diminué à une à deux fois par semaine au moment de l'entretien. Dans ses cauchemars, il rêve parfois des images de l'événement traumatisant qui lui est arrivé. Il dort dans la même chambre que sa mère et il lui arrive de se réveiller et d'être très inquiet quand elle sort pour aller aux toilettes par exemple car il a peur qu'elle parte.

Dans cette crise évolutive qu'est la fuite et la migration, il y a d'importants changements au niveau de l'architecture familiale (dispersion du système familial, mariage de la grande sœur, ...). Les rôles ont également évolués. La mère de famille se retrouve mère d'un système familial devenu monoparentale la plupart du temps et probablement que le grand frère de 19 ans en tant que fils aîné prend un rôle paternel en raison de l'absence du père dans la famille.

Facteurs influençant le sommeil

Au moment de l'entretien, il n'y a pas de diagnostic de trouble de stress post-traumatique (TSPT) formellement posé chez AB, mais il est probable qu'il présente un TSPT et que les troubles du sommeil en soient un symptôme. Les symptômes de troubles du sommeil ne seraient pas "le problème" mais s'inscriraient dans une constellation de symptômes s'inscrivant dans le parcours de vie de ce garçon et de sa famille.

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est typiquement manifesté dans la population pédiatrique par trois classes de symptômes: réviviscence de l'événement, évitement des éléments qui rappellent l'événement et hyperéveil ou hypervigilance physiologique¹⁹. Ce garçon semble présenter les trois classes de symptômes. Premièrement, il a des cauchemars une à deux fois par semaine avec des images de l'événement traumatisant violent qu'il a vécu, soit des réviviscences. Deuxièmement, lors de la consultation, il mentionnait qu'il a vécu des choses difficiles mais évitait d'en parler plus, ce qui pourrait être un évitement des éléments qui rappellent l'événement traumatisant. Et troisièmement, il présente des

¹⁹ De Young A, Kenardy J. Trouble de stress post-traumatique chez les jeunes enfants. Centre of National research on Disability and Rehabilitation Medicine, School of Medicine, University of Queensland, AUSTRALIE, publié sur internet en mars 2013

difficultés à s'endormir et de l'impulsivité à la maison, des symptômes qui correspondent à de l'hyperveil et de l'hypervigilance. Par ailleurs, il présente aussi des tics (clignements d'yeux) ainsi que des symptômes somatiques (maux de tête et de ventre).

Au cours de leur migration, le garçon a pu bénéficier de soins psychologiques en Grèce. AB a bénéficié de cette première prise en charge qui a permis une amélioration de la symptomatologie somatique avec diminution des maux de tête et de ventre. Cependant la violence à laquelle il a été exposé et les traumatismes liés à la migration restent des facteurs majeurs qui contribuent à sa souffrance psychique actuelle.

Par ailleurs, étant en Suisse depuis quelques mois seulement, la famille est en pleine crise évolutive. Elle est en train de construire un nouvel équilibre. Ils sont en processus d'adaptation, une situation transitoire menant à un avenir rempli d'inconnues. Ils vivent entre deux cultures et sont comme dans les cas précédents, séparés de leur "enveloppes" familiale et culturelles. Ils sont exposés à un nouvel environnement et à une nouvelle culture et sont dans une situation de vulnérabilité. Cette vulnérabilité et ce stress sont des facteurs pouvant contribuer aux troubles du sommeil d'AB.

Comme mentionné plus haut, la famille est actuellement au bénéfice d'un permis N, ce qui implique qu'il existe l'éventualité que le statut de réfugié ne leur soit pas accordé et qu'ils doivent quitter le pays. La perspective d'un séjour à long terme en Suisse est par conséquent fragile. Cette incertitude concernant leur avenir peut être angoissante et pourrait contribuer à un sentiment d'insécurité et à la persistance des symptômes de troubles du sommeil.

Répercussions

La situation vécue par AB, dont les troubles du sommeil seraient une répercussion, a aussi des répercussions sur les autres membres du système familial. Premièrement, la violence qu'a personnellement subie AB a déclenché la migration de sa famille entière, ce qui représente une crise évolutive majeure pour chacun. D'autre part, des difficultés comportementales chez AB envers le reste de la fratrie ont été mentionnées durant la consultation (impulsivité, embêter ses sœurs, ...), de même que des difficultés chez la mère pour à "le cadrer". "*Il est trop fort*", dit-elle. Ces difficultés comportementales peuvent être favorisées par plusieurs facteurs, dont par exemple le manque de sommeil qui peut rendre plus irritable ou agité, la souffrance psychologique, l'absence du père et du rôle d'autorité qu'il représente ou simplement la phase d'adolescence que traverse AB.

Hypothèse de la fonction du symptôme, du message et/ou du bénéfice du symptôme

La mère d'AB associe les troubles du sommeil d'AB à ce qu'ils ont vécu avant et durant leur migration.

Au niveau des rôles au sein du système familial, AB pourrait avoir un rôle de "patient désigné". C'est lui qui a subi l'événement violent, à la suite duquel toute la famille a migré, et il présente beaucoup de symptômes de stress. Ce rôle de patient désigné pourrait renforcer ou faire perdurer la symptomatologie. En tant que "patient désigné", AB exprimerait par ses symptômes somatiques et ses troubles du sommeil la détresse du système familial.

Une autre interprétation de la fonction du symptôme serait en rapport avec la situation administrative de la famille. Ayant un permis N, donc avec une procédure en cours et l'éventualité que le statut de réfugié ne leur soit pas accordé, la fonction du symptôme pourrait être de plaider en faveur de la famille pour l'octroi du statut de réfugié. Le message pourrait être: "AB a encore des symptômes, c'est signe qu'il est encore

traumatisé par la violence vécue et de la gravité du danger qu'ils ont fui, donc de la légitimité et nécessité de leur demande d'asile".

Une caractéristique qui peut être retrouvée chez les familles migrantes est une loyauté ou un devoir de mémoire envers ceux qui sont restés au pays. "On n'a pas le droit d'être heureux ici alors qu'ils souffrent au pays". La douleur physique (douleurs abdominale et céphalées), ainsi que les insomnies seraient une manière de s'associer à ceux qui souffrent au pays et de ne pas faillir à son devoir de mémoire.

Conclusion

Les difficultés à dormir d'AB sont probablement des symptômes d'un TSPT et de la réaction de ce garçon à la crise évolutive que vit le système familial. Un suivi à la Consultation Psychothérapeutique pour Migrant-e-s (CPM) a été instauré pour lui. Il allait d'ailleurs se rendre à son troisième rendez-vous de suivi le jour de l'entretien. Etant donné que les traumatismes subis durant l'enfance sont un facteur de risque pour des troubles psychiatriques, pour des comportements à risque pour la santé (abus d'alcool ou de substances par exemple) ou pour des problèmes de santé à l'âge adulte, il est bénéfique pour cet adolescent que ce suivi spécialisé ait été instauré afin de ne pas laisser ces problèmes sans soins.

La sœur cadette d'AB présente elle aussi des symptômes de souffrance psychologique suite à la migration. La mère raconte par exemple, qu'un jour, elle est arrivée à la maison alors que personne n'était encore là. Le reste de la famille était allé faire des courses. Elle était si effrayée d'être seule qu'elle a dû rester en conversation téléphonique avec eux jusqu'à leur retour. Elle a aussi une phobie des chiens, liée à un épisode de leur migration via les Balkans où ils se sont retrouvés entourés de chiens. Ces éléments démontrent qu'elle non plus n'a encore pu digérer les traumatismes du passé et qu'elle bénéficierait d'une aide. Il me semble donc très important que les souffrances psychologiques du reste de la famille ne soient pas négligées même si AB est le "patient désigné" ou aurait les symptômes les plus marqués. Un suivi à la CPM serait sûrement bénéfique aux autres membres de la famille. Une thérapie de famille pourrait être une option car ce n'est pas seulement AB qui souffrirait d'un TSPT, mais toute la famille a été marquée ou traumatisée par l'événement violent vécu par AB, par la migration, et tous en vivent les répercussions à ce jour.

RJ, richesse culturelle ou troubles du sommeil?

RJ a 10 mois, elle vit avec ses parents originaires du sous-continent indien, son frère de 2 ans et demi et son demi-frère de 15 ans, fils de la mère né d'un premier mariage. Les cinq membres de cette famille vivent dans un appartement deux pièces subventionné. La mère de famille et les trois enfants dorment dans la chambre et le père de famille dort au salon.

RJ se réveille environ quatre fois par nuit. Lorsqu'elle se réveille ou lorsqu'elle commence à bouger, sa mère l'allaite au sein et elle se rendort aussitôt. Son frère de deux ans et demi est allaité au sein lui aussi une à deux fois par nuit. RJ n'a pas de difficulté à s'endormir, elle s'endort au sein alors que sa mère l'allait. Elle dort dans le même lit que sa mère et son frère de deux ans et demi, c'est à dire sur la banquette du bas d'un lit à étage alors que le frère de quinze ans dort sur la banquette du haut. Le sommeil de RJ n'est pas considéré comme problématique par sa mère, bien qu'elle dise être fatiguée par l'allaitement concomitant de deux enfants.

La relation d'un couple ayant des enfants peut être illustrée par deux fils électriques qui passent dans un câble, le lien conjugal et le lien parental (schéma 3). Il faut que les deux fils soient bien isolés pour éviter les

courts circuits. Concernant le "holon" couple composé par les parents, leur relation semble essentiellement basée sur le lien parental. Le lien conjugal a l'air secondaire, ce qui est suggéré par la configuration de qui dort où. Le père dort seul au salon alors que la mère dort dans la chambre avec les trois enfants.

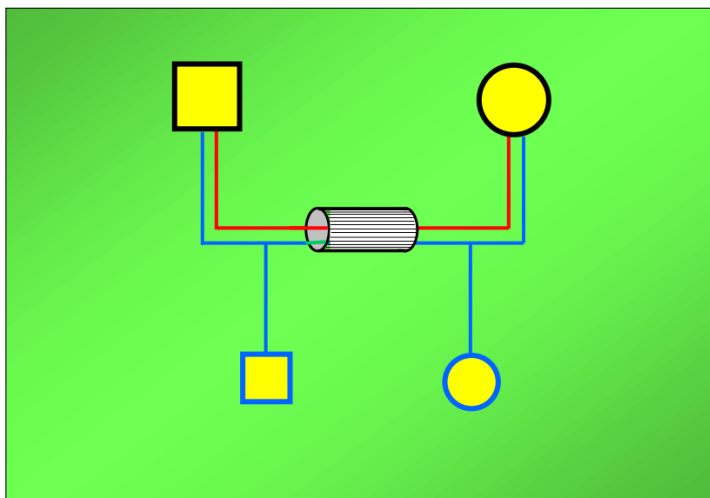


Schéma 3 - Conjoint/co-parents (lien conjugal et lien parental) (Dr N.Frenck)²

Au niveau des rôles adoptés par les parents, le rôle du papa semble être celui du pourvoyeur financier, c'est lui qui se lève tôt pour aller travailler, et c'est une des raisons pour laquelle il dort au salon et pas dans la chambre avec le reste de la famille (l'autre raison étant que si trop de personnes dorment dans la même chambre, cela produit trop d'humidité et ce n'est pas bon pour le bébé, dit la mère). De l'autre côté, la mère a le rôle de s'occuper des enfants, c'est elle qui dort avec eux. L'allaitement des enfants est hautement symbolique de ce rôle maternel.

Facteurs influençant le sommeil

La mère de famille a l'habitude d'allaiter sa fille RJ pour qu'elle s'endorme et de l'allaiter durant la nuit lorsqu'elle se met à bouger, ce qui arrive environ quatre fois par nuit. Pour des parents d'un autre arrière-plan culturel, ou appartenant à un autre "holon" ethnique, le fait qu'un enfant se réveille 4 fois par nuit pour être allaité représenterait un problème. Cependant, dans la perspective de cette maman, ce n'est pas un problème ni un trouble du sommeil, c'est tout simplement "normal". Considérant ce fonctionnement comme "normal", la famille n'est pas dans une dynamique de changement autour du sommeil des enfants.

Les habitudes culturelles sont un facteur qui renforce ou fait perdurer cette habitude des multiples réveils durant la nuit et de l'endormissement au sein. Les habitudes culturelles et la manière de faire apprise de génération en génération quant à comment s'occuper des enfants donnent des références à cette mère et façonnent sa propre manière de s'occuper du sommeil de ses enfants. La mère expliquait par ailleurs qu'il est fréquent dans leur culture que les enfants dorment avec leurs parents jusque vers l'âge de six à dix ans. Son premier fils a d'ailleurs dormi dans le même lit qu'elle jusqu'à l'âge de 10 ans.

La mère allaite RJ quand elle se met à bouger et avant qu'elle ne se réveille complètement. Ce schéma (pattern) autour des réveils est comme un rétrocontrôle positif qui renforce le comportement des réveils fréquents de RJ. Quand elle commence à bouger, elle est directement allaitée, cela ne lui laisse pas l'opportunité de se rendormir d'elle-même (self-soothing) étant donné la réponse immédiate ou même anticipée de la maman.

Un autre facteur d'ordre pratique influençant la dynamique autour du sommeil de RJ est l'exigüité du logement dans lequel vit toute la famille. Vivant à l'étroit dans deux pièces, on peut imaginer que si la mère n'allaite pas RJ et la laisse pleurer jusqu'à ce qu'elle se rendorme, la famille entière serait dérangée. En quelque sorte, la mère ne peut pas se permettre de laisser pleurer RJ comme s'ils vivaient dans un appartement plus grand avec plusieurs chambres où les pleurs d'un bébé n'auraient pas autant de répercussions directes sur tous les membres du système familial.

De plus, la communauté ethnique dont cette famille fait partie est réputée discrète, selon l'office fédéral des migrations²⁰. Cette attitude culturelle pourrait être un autre facteur qui motive la mère à allaiter RJ dès qu'elle se réveille plutôt que de risquer de déranger les voisins en la laissant pleurer avant qu'elle ne se rendorme seule.

Répercussions

Ces habitudes autour du sommeil ont des répercussions sur la famille. Au niveau somatique, la mère de famille mentionne une fatigue importante. Elle est fatiguée par les six réveils environ chaque nuit pour allaiter son fils ou sa fille. Cette fatigue se répercute probablement sur sa manière de répondre aux enfants lorsqu'ils se réveillent. Les allaiter permet d'éviter des pleurs et peut être une manière de réagir qui soit moins épuisante et plus rapide que d'autres moyens, sur le moment... Ceci économise de son énergie durant la nuit, cependant les allaiter entretient le fonctionnement et l'habitude qu'ont RJ et son frère de se réveiller la nuit pour être nourris et donc entretient la fatigue à plus long terme.

Une autre répercussion somatique du déroulement des nuits dans ce système familial est un surpoids chez le petit garçon de 2,5 ans avec les risques à long terme associés. Ce petit garçon pèse 19 kilogrammes à l'âge de deux ans et demi, ce qui le place au-delà du 97ème percentile sur les courbes de croissance de l'OMS, il est donc en surpoids à moins qu'il ne soit très grand pour son âge (information non obtenue durant l'entretien). Etant allaité une ou plusieurs fois par nuit, il reçoit un apport calorique qui est probablement au-delà de ses besoins physiologiques et pourrait contribuer à ce surpoids. De plus, il a été allaité au moment de la naissance de sa sœur, donc au moment où la composition du lait maternel devenait plus calorique pour s'adapter aux besoins du nouveau-né et non à ses propres besoins.

Hypothèse de la fonction du symptôme, du message et/ou du bénéfice du symptôme

Une hypothèse qui expliquerait l'habitude que les enfants dorment dans le même lit que la maman et qu'elle les allaiter plusieurs fois la nuit est une notion identitaire d'appartenance culturelle. Cette famille vit dans la transculturalité et entretenir et maintenir des traditions serait une manière d'affirmer son appartenance au "holon" culturel et ethnique dont la famille est originaire alors qu'ils sont immigrés dans un pays aux coutumes différentes. Dans cette situation "entre deux cultures", ce serait un moyen de se situer et de se rappeler d'où ils viennent et qui ils sont.

Conclusions

Le vécu de cette famille est une jolie illustration des différentes appréciations de la "normalité" autour du sommeil des enfants, de ce qui est "normal" ou de ce qui est un "problème" ou un "trouble". Sans que les multiples réveils de RJ et de son frère ne soient considérés comme problématiques, des aspects culturels et pratiques (logement exigu) viennent renforcer cette habitude d'allaiter ces deux enfants plusieurs fois par nuit avec pour répercussion une fatigue importante chez leur mère. L'histoire de cette famille illustre qu'un "symptôme" ne devient "trouble du sommeil" qu'au moment où il perturbe l'équilibre du système familial

²⁰ Moret J, Efionayi-Mäder D, Stants F. (2007) Diaspora sri lankaise en Suisse. Berne: ODM.

ou qu'il est considéré comme tel par les membres de la famille. Pour un même "symptôme", certains parents se plaindraient auprès du pédiatre alors que ce serait très banal pour d'autres parents.

Par ailleurs, même si les traditions et les habitudes de cette famille autour du sommeil des enfants diffèrent des habitudes culturelles occidentales ou des recommandations du corps médical, elles ne devraient pas être jugées hâtivement et considérées comme "des erreurs". Une approche curieuse en s'intéressant à l'Autre permettrait de comprendre, d'honorer et de valider la culture des parents et d'élaborer avec eux des solutions culturellement adaptées.

NK et RK ont peur de la police

NK, une fillette de 6 ans et son frère RK, 4 ans vivent avec leurs parents et leur petit frère, un bébé de 4 mois, dans un foyer d'aide d'urgence pour les requérants d'asiles déboutés. Les parents, originaires des Balkans, sont venus en Suisse comme requérants d'asile il y a quelques années avec la famille de l'épouse avec laquelle ils sont très liés. La famille nucléaire a été déboutée il y a quelques mois et vit depuis ce moment dans ce foyer et attend une réponse positive à leur dernier recours ou un renvoi. Le père est parti un temps dans la clandestinité par peur d'un renvoi forcé, laissant sa femme et ses enfants pendant plusieurs mois. Il a rejoint le reste de la famille nucléaire au foyer lors de la naissance de leur dernier-né. Le reste de la nombreuse famille de l'épouse, sauf trois frères et sœurs ont été renvoyés par vol spécial quelques mois avant l'entretien.

NK et RK présentent des troubles du sommeil et d'autres symptômes d'ordres psychosomatiques ou comportementaux. Leur mère raconte qu'ils se réveillent deux à trois fois par nuit et ont souvent des cauchemars. NK rêve souvent de la police dont elle a peur. Quand l'un se réveille, il réveille l'autre qui dort dans le même lit. Ils ont aussi de la peine à s'endormir. NK pose beaucoup de questions à l'heure de se mettre au lit. Pour tenter de les aider à s'endormir, la mère leur met un documentaire sur les animaux à la télévision. NK et RK ont aussi d'autres symptômes liés à l'angoisse. NK a mal au ventre et de l'incontinence urinaire quand elle a des frayeurs et RK présente des troubles du comportement et des crises de colère, de plus il supporte très mal les séparations d'avec sa mère.

Les enfants ont assisté à l'expulsion forcée d'une partie de la famille de la mère. Ils dormaient chez leurs grands-parents le jour où, au petit matin, la police a fait irruption dans l'appartement pour un renvoi forcé par vol spécial. Ils ont vu leur mère alors enceinte de 8 mois être menottée et mise à terre et le reste de la famille emmené. Cet événement est un thème récurrent dans leurs cauchemars et leurs questions, et c'est la raison pour laquelle ils ont très peur de la police, dit la mère.

La culture d'origine de cette famille est une culture clanique. La famille élargie est très importante. Dans leur cas, ils sont séparés de la famille du père, restée au pays, et de la famille de la mère dont la majorité des membres a été renvoyée. La famille nucléaire est séparée du "holon" de la famille élargie, elle a perdu ses "enveloppes" familiales, sociales et culturelles et se trouve en situation de vulnérabilité.

Facteurs influençant le sommeil

Divers facteurs influencent le sommeil des enfants, tant au niveau de la situation administrative de la famille, du lieu de vie, des traumatismes vécus que des habitudes autour du sommeil.

Un facteur majeur qui influence le sommeil des enfants est le traumatisme non encore digéré d'avoir assisté à l'expulsion forcée d'une partie de la famille. Maintenant, quand NK se réveille la nuit, elle a peur

de la police. Elle fait aussi souvent des cauchemars impliquant la police. La violence à laquelle ils ont été confrontés est alarmante et laisse perplexe quant à la violence institutionnelle dont les enfants sont des victimes collatérales dans ce genre de procédures.

Un autre facteur se répercutant sur le sommeil est le lieu de vie de la famille. Le foyer d'urgence de l'EVAM est un lieu qui abrite des personnes en souffrance psychique et en situation sociale difficile (déboutés de l'asile, NEM). Il y a une haute prévalence de problèmes de santé mentale dans cette population.²¹ On peut donc facilement imaginer que ce contexte est difficile pour des enfants et que le stress ambiant se répercute sur leur sommeil. Il y a eu une période où la famille était dans une chambre à l'étage des célibataires. Ils étaient donc exposés à plus de bruit, plus de bagarres et plus de personnes sous influence de l'alcool que depuis qu'ils ont pu être transférés dans une chambre dans une aile pour les familles, explique la mère. Cependant, cet environnement reste un lieu où les enfants sont régulièrement confrontés à de la violence dans les bagarres entre adultes par exemple.

Au niveau administratif, la famille vit dans une situation instable. Ils ont fait plusieurs recours contre le refus de l'octroi du statut de réfugié et ils attendent une réponse à leur ultime recours. La perspective d'un renvoi forcé pèse sur eux, mais ils n'arrivent pas envisager un retour volontaire dans les Balkans avec l'aide au retour. Cette situation est un grand facteur de stress pour les parents, un stress qui doit être ressenti par les enfants qui le manifestent par des troubles du sommeil. D'autre part, ce stress et son impact émotionnel doivent rendre plus difficile pour les parents d'aider leurs enfants à gérer leurs émotions et à dormir.

Concernant les habitudes, la mère a l'habitude de mettre un documentaire sur les animaux aux enfants à l'heure où ils doivent s'endormir. Ce qui peut les distraire et les aider à penser à autre chose qu'à leurs peurs est tout de même un facteur stimulant qui peut faire obstacle à l'endormissement.

Répercussions

Les troubles du comportement de RK pourraient être des répercussions de son sommeil perturbé. En effet, chez les enfants, le manque de sommeil rend difficile de réguler les émotions et causer de l'agitation.

D'autre part, si ces troubles du sommeil sont des symptômes d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT), ils peuvent avoir des répercussions à long terme d'un tel diagnostic, par exemple le risque d'une chronicisation et d'un impact délétère sur leur développement. *"Les traumatismes subis pendant l'enfance ont été associés à des dommages cérébraux structurels et fonctionnels permanents ainsi qu'à l'apparition de troubles psychiatriques, de comportements à risque pour la santé et de problèmes de santé physiques à l'âge adulte."* Les cauchemars pourraient être des réviviscences, accompagnés d'un hyperéveil physiologique manifesté par les difficultés à dormir ou par une irritabilité chez RK. Par ailleurs des comorbidités fréquentes aux TSPT sont les troubles d'anxiété de séparation et les troubles d'opposition, comorbidités que pourrait présenter RK selon ce que rapporte sa mère. Plus d'évaluations seraient néanmoins nécessaires avant de poser ce diagnostic.¹⁹

Hypothèse de la fonction du symptôme, du message et/ou du bénéfice du symptôme

Les symptômes pourraient exprimer l'angoisse de toute la famille face à un possible retour dans les Balkans, qu'elle n'arrive pas à envisager.

²¹ M.Saraga, E.Keravec, P.Bodenmann, P.Clément, N.Moreno-Dàvila, H.Wolff, C.Madrid: Durcissement des lois sociales et santé des migrants forcés: trois ans après la Loi sur l'asile (LASi), Rev Med Suisse 2012;8:1786-1790

Les symptômes pourraient aussi être un signal exprimant la détresse familiale et le mal-être des enfants face à la violence institutionnelle à laquelle ils ont été exposés lors de la procédure de renvoi du reste de la famille et face à la violence à laquelle ils sont exposés dans leur milieu de vie au foyer d'aide d'urgence.

Quand les enfants se réveillent la nuit, ils pourraient aussi "rendre service" à leurs parents en leur permettant de se concentrer sur leur rôle de parent et de laisser de côté leurs propres soucis pendant un moment.

Conclusions

Dans cette situation, suite à la discussion sur les troubles du sommeil et sur les difficultés comportementales et les colères de RK, le pédiatre a mis en place une aide par une infirmière de la petite enfance qui viendra à domicile pour donner des conseils, et un suivi psychologique pour RK et NK par *Appartenance*. De plus, le pédiatre a conseillé à la mère d'apporter un autre sujet de conversation aux enfants lorsqu'ils parlent de la police à table par exemple, comme moyen de diminuer l'exposition des enfants aux rappels du traumatisme et d'entraver leur accoutumance à l'événement.

Il sera certainement bénéfique aux enfants et à la qualité de leur sommeil de poser des limites à ces souvenirs envahissants, tout en leur offrant un suivi psychologique où ces événements seront abordés dans le cadre sécurisé et professionnel de la consultation.

Dans le cas de cette famille, les troubles du sommeil sont plutôt symptômes d'une souffrance et d'une vulnérabilité sociale ou d'un trouble de stress post-traumatique, qu'un diagnostic en eux-mêmes. La situation de ces enfants est alarmante, les décisions politiques et les procédures administratives peuvent avoir de lourdes répercussions psychologiques sur les enfants.

OG, depuis la naissance, elle n'a pas bien dormi

OG 7 ans, décrite d'emblée par sa mère comme une enfant très timide et angoissée accompagne sa mère et sa petite sœur de 5 mois qui a une bronchite spastique à un contrôle à la polyclinique de l'HEL. Nous abordons avec la mère les difficultés à dormir du bébé qui accompagnent la bronchite spastique et durent depuis 4 nuits. C'est la première fois que ce bébé ne dort pas bien, elle a toujours bien dormi auparavant et fait ses nuits dès la sortie de la maternité. Ce sujet ouvre la discussion sur les troubles du sommeil d'OG qui ont été très sévères dans ses premières années de vie et qui sont toujours présents mais de manière beaucoup plus légère actuellement. C'est donc en rétrospective que cette mère raconte les troubles du sommeil d'OG et leurs répercussions sur la famille.

Le système familial est composé des parents, d'un grand frère de 18 ans, premier fils de la mère issu d'une autre union, d'OG, la fillette de 7 ans, d'un fils de 23 mois et de la dernière fille de 5 mois. A la famille manque un enfant, une grossesse perdue avant la naissance d'OG. Suite à cette fausse-couche, la mère a été très angoissée, notamment durant sa grossesse alors qu'elle attendait OG.

Les troubles du sommeil dont OG et le système familial ont souffert ont duré des années et sont actuellement stabilisés mais non entièrement résolus. Depuis sa naissance, OG a très mal dormi et elle n'a fait ses premières nuits qu'à l'âge de 3-4 ans. Alors qu'elle était bébé, elle a eu d'importants reflux gastro-œsophagiens qui ont contribué aux troubles du sommeil, selon sa mère.

Actuellement OG dort de 19h-19h30 à 6h du matin. Elle s'endort bien à condition que ce soit à "la bonne heure" et avec "le bon rituel". Au cours du temps, la famille a eu différents rituels autour de sa mise au lit. Le rituel actuel est le suivant, explique sa mère. Ils jouent au "jeu des 7 familles", puis OG se lave les dents, après quoi la mère lui fait un câlin et parfois le père passe aussi et pour finir la mère et la fille conviennent "*d'un endroit où se retrouver dans leurs rêves*", à chaque jour un endroit différent. La fille a avec elle un doudou (actuellement une peluche, auparavant une patte avec l'odeur de sa maman). Ce n'est jamais le père qui la couche seul, "*elle veut Maman*", rapporte la mère. Elle dort seule dans sa chambre et occasionnellement dans le lit des parents si elle a peur (en cas de cauchemar, d'orage, ...). Au niveau des troubles du sommeil actuels, la mère rapporte la somniloquie, le somnambulisme et un sommeil agité, OG bouge beaucoup dans son lit.

Dans le passé, l'endormissement en début de nuit ou suite à des réveils nocturnes était très problématique et l'est toujours si l'heure du coucher ou le rituel est perturbé. OG se réveillait chaque nuit, ayant ensuite besoin de plusieurs heures avant de se rendormir. Elle a eu des terreurs nocturnes jusqu'à l'âge de trois ans. Les parents étaient vraiment désemparés et en détresse dans cette situation. Ils ont parlé du problème avec le pédiatre et à la pharmacie, mais on n'avait pas pu les aider car les terreurs nocturnes n'avaient pas été reconnues, raconte la mère. Ils ont entendu parler du livre "*Mon enfant dort mal.*" des Dr M.-J. Challamel et M. Thirion, qu'ils ont lu. Cette lecture leur a permis de reconnaître que leur fille avait des terreurs nocturnes et de changer leur manière de réagir à celles-ci. Ils ont donc cessé de la réveiller quand elle avait un épisode de terreur nocturne. Les terreurs nocturnes se sont progressivement résolues. Les parents ont aussi appliqué des conseils de thérapie cognitivo-comportementale en espaçant progressivement les passages auprès de l'enfant qui pleurait. Son endormissement s'est ensuite amélioré.

Concernant la dynamique familiale, la mère semble entretenir une relation fusionnelle avec ses enfants. Les frontières entre les individus, ou du moins entre la mère et ses enfants semblent très perméables. Par exemple, quand un de ses enfants a du wheezing comme son bébé de 4 mois avec sa bronchite spastique et qu'elle l'entend, la mère fait une crise d'asthme elle aussi. Un autre argument pour cette relation fusionnelle est le rendez-vous que la maman et OG se donnent dans leurs rêves durant la nuit. La "séparation" qui a lieu dans le sommeil serait compensée par ce rendez-vous imaginaire.

Les frontières de la famille avec l'environnement qui l'entoure semblent avoir été imperméabilisées de par leur lutte pour le sommeil d'OG, résultant en un isolement familial expliqué ci-dessous dans la section des répercussions.

Facteurs influençant le sommeil

La perte de la première grossesse du couple et le deuil résultant sont des facteurs qui ont apparemment influencé de manière importante le vécu de cette famille. Suite à la perte cette grossesse, la mère était très angoissée de perdre OG durant cette grossesse suivante. Cette angoisse de la perdre a perduré après sa naissance. La mère était très angoissée qu'OG s'étouffe durant la nuit à cause de ses reflux gastro-œsophagiens. Cette angoisse maternelle associant le sommeil à un danger a très probablement été ressentie par OG, qui aurait, elle aussi, associé le sommeil à un danger, ce qui aurait contribué aux troubles du sommeil.

Sur le plan somatique, le reflux gastro-œsophagien a probablement contribué aux troubles du sommeil de par les douleurs et les reflux provoqués.

Un facteur ayant positivement influencé la dynamique de famille autour du sommeil d'OG a été une information sur les terreurs nocturnes et donc une meilleure compréhension du phénomène et les conseils

pour la gestion de l'endormissement comme d'espacer les passages auprès de l'enfant qui pleure. Mieux comprendre les terreurs nocturnes a diminué l'inquiétude des parents par rapport à celles-ci et leur a permis d'y répondre différemment en ne la réveillant plus. Ces différents aspects ont eu des répercussions positives sur la qualité du sommeil d'OG.

Répercussions sur le système familial

A posteriori, la mère décrit plusieurs répercussions des troubles du sommeil sur le vécu de la famille: l'épuisement, des sentiments comme la détresse, la culpabilité et l'anxiété ou d'en vouloir à l'enfant.

Il y a eu des répercussions sur différents plans dans la relation des parents avec OG. Ils avaient peur pour elle quand elle avait des terreurs nocturnes d'une part parce que ses hurlements étaient terrifiants ou qu'elle avait l'air de beaucoup souffrir, d'autre part parce qu'ils se demandaient si elle n'était pas folle. Ils avaient la crainte qu'elle ne soit *"pas normale"*. Quand ils ont pu reconnaître chez elle le tableau des terreurs nocturnes, ils ont été rassurés, elle n'était pas folle! La mère exprime aussi qu'ils se sentaient rejetés par OG quand elle avait une terreur nocturne, qu'ils venaient auprès d'elle mais qu'elle ne les reconnaissait pas et se débattait *"contre eux"*. La mère raconte qu'elle en a voulu à OG durant la journée à cause des nuits très difficiles pour toute la famille. Elle exprime qu'il lui arrivait d'être à bout et en aurait eu envie de battre l'enfant. Elle n'en est jamais arrivée là mais elle dit pouvoir comprendre les parents *"qui pètent un câble"*.

Une autre répercussion de ces graves troubles du sommeil a été des conflits et des tensions au sein du couple des parents. Ils se disputaient beaucoup durant la nuit quand l'un venait interférer avec ce que le premier avait entrepris pour rendormir OG. Ces disputes réveillaient d'ailleurs le grand frère. La mère dit qu'ils étaient *"à cran, irritables, très fatigués, beaucoup plus vite sur les nerfs"*.

Dans cette bataille pour le sommeil d'OG, la famille a vécu un repli sur elle-même. Les frontières de la famille avec son environnement social se sont imperméabilisées. Ils voyaient moins d'amis car OG ne s'endormait pas ailleurs que chez elle et à une certaine heure. Ils coupaient le téléphone dès le moment où elle était mise au lit pour éviter que la sonnerie d'un appel ne la réveille. Ces deux phénomènes démontrent une diminution des interactions du système familial d'avec son entourage.

OG se réveillait au moindre bruit, avec comme répercussion un silence absolu imposé à la maisonnée. Par exemple, ils allaient aux toilettes à la lampe de poche pour qu'elle ne se réveille pas au bruit de l'interrupteur de la lumière. Le frère, lui *"se tenait à carreau"* et lisait dans sa chambre, dit la mère. Il avait en quelque sorte le mandat d'être figé pour ne pas réveiller sa sœur.

Hypothèse de la fonction du symptôme, du message et/ou du bénéfice du symptôme

A la période où OG avait du reflux gastro-oesophagien et que sa mère était très angoissée qu'elle s'étouffe la nuit, la fonction du symptôme pouvait être de rassurer sa mère. Si OG se réveille et pleure, c'est signe qu'elle est en vie et qu'elle va bien.

Dans le fait qu'OG *"ne veut que maman"* pour la mettre au lit, il y aurait un bénéfice possible pour la mère dans l'éventualité d'une certaine rivalité avec son mari. Elle a la préférence de leur fille, elle sait *"mieux faire"*. Une certaine rivalité était déjà présente lors des disputes du couple durant la nuit quand l'un interférait dans ce que l'autre avait commencé pour rendormir OG.

Une autre hypothèse pour expliquer ces troubles du sommeil serait que la relation à tendance fusionnelle de la mère avec ses enfants, aurait rendu OG d'autant plus *"perméable"* à l'anxiété maternelle, à laquelle

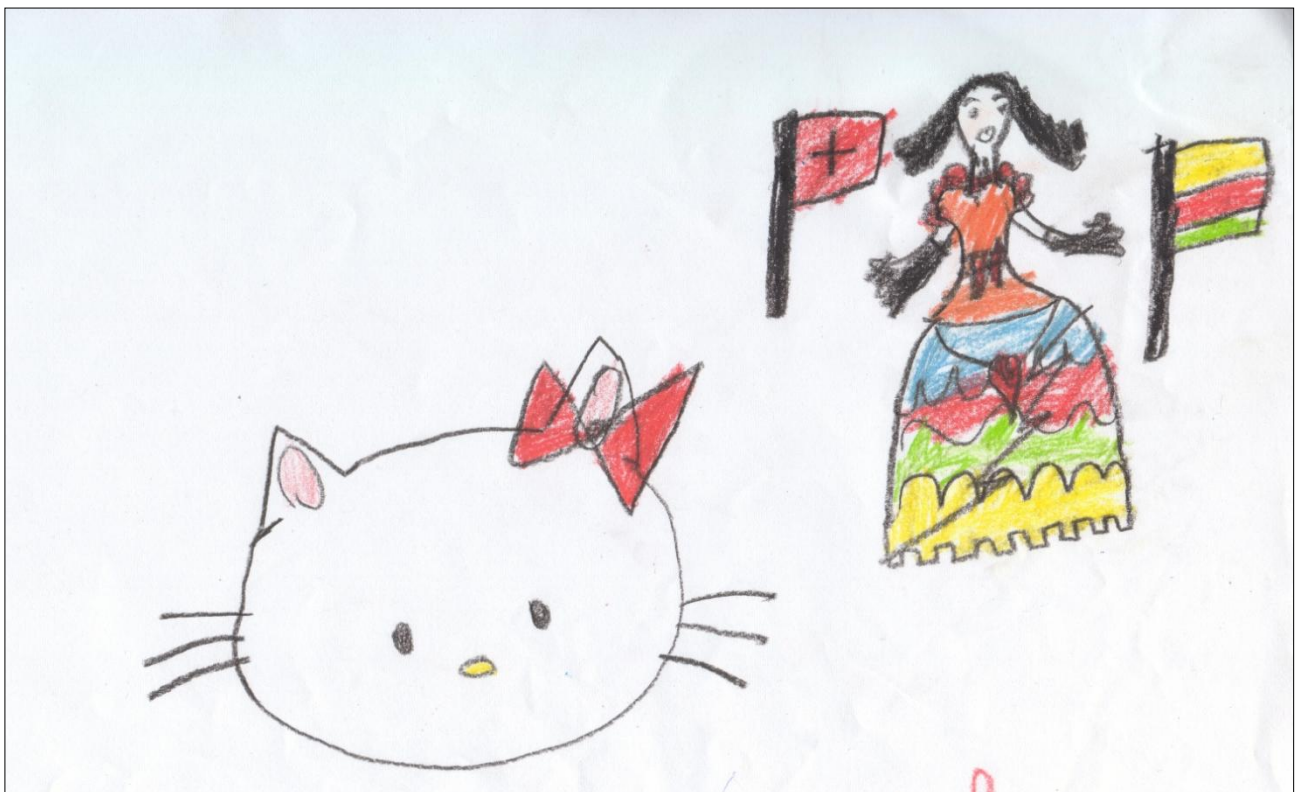
elle aurait répondu par des terreurs nocturnes et des difficultés à s'endormir. Ceci aurait été une sorte de "feed-back positif" à l'angoisse maternelle qui l'aurait renforcée, comme un cercle vicieux. Quand l'angoisse parentale a diminué avec une meilleure compréhension des terreurs nocturnes, le cercle vicieux aurait été coupé, résultant en une diminution des symptômes.

Conclusion

Ce cas illustre bien comment les troubles du sommeil peuvent générer des tensions relationnelles dans un système familial au niveau conjugal, avec l'enfant concerné ou aussi avec les frères et sœurs et peuvent être accompagnés d'un risque accru de violence ou de maltraitance. La mère exprimait de manière claire la détresse et les sentiments qui peuvent accompagner ces problèmes. Une écoute empathique permettant aux parents d'exprimer leurs émotions dans la situation d'un enfant qui dort mal pourrait en soi être une forme de prévention de la maltraitance au sein de la famille.

On voit dans l'histoire d'OG que l'angoisse liée à un problème de santé (le reflux gastro-œsophagien dans ce cas) ou à des événements de l'histoire de la famille (la perte d'une grossesse chez eux) peut contribuer à générer ou faire perdurer un trouble du sommeil.

Pour finir, ce cas illustre en quoi une information sur les terreurs nocturnes ou d'autres troubles du sommeil peuvent aider à la résolution de ceux-ci. Le pédiatre est dans une position privilégiée pour aborder ces questions avec les parents et leur apporter des informations leur permettant de mieux comprendre ces troubles et leur donnant des conseils pour mieux y répondre.



Dessin au crayon, SH 7 ans et demi

Discussion des résultats

Il y a plusieurs biais de sélection des participants à cette étude. Un biais de sélection a lieu par la spécificité de la population suivie à la polyclinique de l'HEL. Cette population est principalement une population migrante vivant souvent dans une situation sociale précaire et vulnérable. Beaucoup sont des requérants d'asile, avec un passé parfois traumatisant et une exposition à la violence élevée par rapport à la population générale Lausannoise. Les facteurs qui se répercutent sur le sommeil de ces enfants peuvent donc être très différents de ceux d'une population qui n'a pas cet arrière-plan. Un autre biais est que les familles qui ont accepté de participer à l'étude ont probablement un profil et une tolérance à la crise que représentent les troubles du sommeil différent de ceux qui refusent de participer à l'étude. Ces familles sont peut-être moins "à bout".

Une limite à cette étude est de n'avoir pas pu assister à plusieurs entretiens avec les familles en question, la plupart ayant des rendez-vous de contrôle annuels ou semestriels. Un facteur important de la perspective systémique est l'observation de l'évolution du système familial dans le temps, ce qui n'a donc pas pu être pris en compte avec un entretien unique.

Dans la plupart des entretiens, la langue de la famille n'était pas le français, le français étant une langue en apprentissage. Il y a eu dans un cas la présence d'un traducteur autre non-membre de la famille, sinon un membre de la famille traduisait au besoin. La traduction modifie inéluctablement, au minimum légèrement, le discours des intervenants.

Un autre outil important en systémique est de tester avec la famille la validité et surtout l'utilité des hypothèses élaborées. Dans mon travail, les hypothèses ont été élaborées après l'entretien et non au cours de l'entretien avec les familles. La pertinence de ces hypothèses et l'utilité d'interventions qui auraient pu en découler restent donc non-vérifiables.

Un autre biais à cette étude est la présence dans la consultation d'un ou de plusieurs tiers externes à la famille autre que le médecin (ma présence en tant qu'étudiante et parfois la présence d'une traductrice). La présence d'une tierce personne modifie l'interaction qui a lieu. On ne peut pas observer le système familial de manière externe sans l'influencer, la présence même d'une personne influence le système.

Conclusion

Ces analyses de cas ont montré que les possibilités d'interactions entre les troubles du sommeil et la dynamique de famille sont nombreuses et très diverses, autant qu'il y a de diversité entre les familles.

L'OMS définit ainsi la santé: *"La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité."*²². De ce point de vue, les troubles du sommeil sont un réel problème de santé. On peut être tenté d' "attendre que ça passe". Malheureusement, ces problèmes peuvent se chroniciser et ont des répercussions sur la famille qui peuvent être sérieuses et porter beaucoup de souffrance, comme l'illustre le cas d'OG par exemple. Ce cas illustre la souffrance émotionnelle et relationnelle qui peut être liée à un trouble du sommeil, associé au risque accru de maltraitance à laquelle cette famille a heureusement su résister.

²² Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

Les familles rencontrées ont illustré comment des familles peuvent se retrouver dispersées pour différentes raisons (migration, placement en foyer) et comment ces séparations peuvent susciter un stress qui se répercute sur le sommeil. Les familles ont aussi besoin d'être en lien avec les "holons" auxquelles elles appartiennent. Se retrouvant séparées de ses enveloppes familiales ou culturelles, une famille se trouve en situation de vulnérabilité qui peut se répercuter sur le sommeil d'individus. Ces situations ont montré que le symptôme pouvait avoir une fonction relationnelle comme dans le cas de TC et sa mère. Ces familles ont illustré aussi la difficulté d'un avenir incertain dans les procédures d'asile et de migration. Cette incertitude s'est montrée anxiogène. Un élément alarmant est la violence de laquelle des enfants peuvent se retrouver les victimes collatérales dans les procédures administratives, en particulier les procédures d'expulsions qui sont des événements particulièrement traumatisants pour de jeunes enfants.

Les troubles du sommeil ont souvent une origine psycho-sociale. Dans la majorité des cas analysés dans cette étude, ces troubles sont un des symptômes d'une souffrance sociale plutôt qu'un diagnostic en soi. Une approche systémique permet d'être empathique avec la famille en considérant sa situation dans son ensemble sans se focaliser uniquement sur la difficulté à dormir.

De même les troubles du sommeil peuvent être un symptôme d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) plutôt qu'un diagnostic en soi. Rechercher les troubles du sommeil peut par conséquent être un moyen de dépister les TSPT dans une population qui peut avoir vécu des événements dramatiques comme les familles réfugiées ou migrantes. La policlinique de l'hôpital de l'enfance, en appartenant au réseau FARMED, reçoit beaucoup d'enfants réfugiés, requérants d'asile ou de parents à l'aide d'urgence. Dans cette population, la prévalence de TSPT est plus élevée que dans la population générale. Ces enfants peuvent avoir été exposés à une violence difficilement imaginable. La population pédiatrique manifeste typiquement un TSPT par trois classes de symptômes: les réviviscences, l'évitement et l'hyperéveil ou hypervigilance physiologique. Les insomnies peuvent marquer un hyperéveil et les cauchemars des réviviscences. Il est important d'être particulièrement vigilant à reconnaître ces troubles de stress post-traumatique pour mettre en place un suivi adapté car une évolution chronique du trouble peut conduire à une modification de la personnalité et altérer le développement de l'enfant. Il est important de se rappeler que si un enfant a été traumatisé par un événement, les autres membres de la famille y ont potentiellement aussi été exposés et ont peut-être eux aussi de la difficulté à digérer le traumatisme. Les troubles du sommeil peuvent être utiles à dépister les TSPT afin d'apporter des soins adéquats aux enfants et familles concernés.

La notion de troubles du sommeil s'est avérée être très subjective et culturelle. Un même symptôme peut être considéré comme normal ou pathologique en fonction des points de vue. Il est nécessaire "*de considérer la pratique médicale comme une pratique culturellement située, non neutre*"²³, pour prendre du recul par rapport à ses propres conceptions en tant que soignant, éviter d'imposer son point de vue et éviter l'ethnocentrisme. La difficulté se complique du fait que la culture médicale est essentiellement d'origine occidentale, ce qui rend délicat de distinguer les conceptions culturelles de la réalité médicale.

Le symptôme peut communiquer quelque chose que l'enfant n'arrive pas à verbaliser ou formuler autrement. En développant des hypothèses quant au message du symptôme, on peut rendre service à l'enfant en mettant des mots sur ses maux, afin que le symptôme ne soit plus nécessaire à la communication.

²³Garbian T, Barras V. Migration et système de santé vaudois, du 19e siècle à nos jours. Hors serie. Editions BHMS, Lausanne, 2012. p.63, colonne 2, ligne 9

Il est parfois difficile de sortir de la perspective analytique cherchant à séparer les éléments les uns des autres pour les analyser et à définir des liens de causalités linéaires. L'exercice de réfléchir dans une perspective systémique a été très enrichissant. C'est une tournure d'esprit qui ouvre à tout un panel de réflexions, d'hypothèses et de créativité très intéressantes et utiles dans l'approche d'un symptôme. L'effort d'élaborer des hypothèses permet ensuite d'inventer avec la famille des idées d'interventions afin qu'elle puisse bien fonctionner sans que le symptôme soit un élément nécessaire à son équilibre.

Remerciements

Merci à toutes les familles qui ont généreusement accepté de participer à l'étude et de m'offrir un aperçu de leur vie et de m'avoir raconté un bout de leur réalité d'hier et d'aujourd'hui. Merci d'avoir partagé des souvenirs parfois douloureux, des espoirs, des craintes, de la résilience... Avec mes excuses pour la limite de ma compréhension, de ma restitution et de l'analyse de vos histoires de vie.

Merci au Dr Nahum Frenck pour la supervision de ce travail, pour le partage de son expérience de pédiatre systémique, pour sa sagesse et son interpellation à penser de manière systémique et tenter de raisonner autrement qu'en causalités linéaires. J'ai admiré son engagement en faveur des familles, et le bénéfice que de nombreuses familles, j'en suis sûre, ont pu en tirer. Merci pour l'aimable permission d'utiliser les schémas du "cycle de vie de la famille" et des "conjoint/co-parents".

Merci au Dr Mario Gehri de m'avoir permis d'assister aux consultations à la polyclinique de l'HEL, consultations transculturelles passionnantes me permettant de rencontrer "l'Autre" dans la richesse de sa culture et de son parcours de vie.

Merci aux pédiatres de la polyclinique de m'avoir accueillie dans leurs consultations, de m'avoir donné du temps pour poser des questions complémentaires aux familles et pour les échanges enrichissants que j'ai pu avoir avec eux.

Bibliographie

- ¹ Donnadieu G, Durand D, Neel D, Nunez E, Saint-Paul L. L'Approche systémique : de quoi s'agit-il ? Synthèse des travaux du Groupe AFSCET " Diffusion de la pensée systémique" <http://www.afscet.asso.fr/>
- ² Frenck N. La famille et le pédiatre, synergie et complémentarité de l'approche systémique en pédiatrie. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 2000; 120: 219-224
- ³ Frenck N. Familles, jamais tranquilles! Ou comment grandir ensemble pour le meilleur et pour le rire. Editions Payot Lausanne, 2000. p.11
- ⁴ Frenck N. L'angoisse chez l'enfant : essayons de la comprendre. *Le Fait Médical*, 1995Aout; 29 :5-7
- ⁵ Frenck N. Les troubles du sommeil chez le bébé. *Sage-femme suisse*, 1992 Juillet-Aout; 24.
- ⁶ Owens JA, Witmans M. Sleep problems. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2004 Apr;34(4):154-79.
- ⁷ Dahl RE. The impact of inadequate sleep on children's daytime cognitive function. *Semin Pediatr Neurol* 1996 Mar;3:44-50
- ⁸ Iglowstein I, Jenni O, Molinari L, Largo R. Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. *Pediatrics* 2003;111(2):302-7.
- ⁹ Gregory AM, Sadeh A. Sleep, emotional and behavioral difficulties in children and adolescents. *Sleep Med Rev*. 2012 Apr;16(2):129-36
- ¹⁰ Thorpy MJ. Classification of Sleep Disorders. *Neurotherapeutics*. Oct 2012; 9(4): 687-701.
- ¹¹ Li Y, Jin H, Owens JA, Hu C. The association between sleep and injury among school-aged children in rural China: A case-control study. *Sleep Medicine* 2008;9:142-148.
- ¹² Valent F, Brusaferrro S, Barbone F. A case-crossover study of sleep and childhood injury. *Pediatrics*. 2001 Feb;107(2):E23.
- ¹³ Wong MM, Brower KJ, Zucker RA. Childhood sleep problems, early onset of substance use and behavioral problems in adolescence *Sleep Med*. 2009 Aug;10(7):787-96
- ¹⁴ Babson KA, Trainor CD, Feldner MT, Blumenthal H. A test of the effects of acute sleep deprivation on general and specific self-reported anxiety and depressive symptoms: An experimental extension. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat* 2010;41:297-303
- ¹⁵ Lee S, Rhie S, Chae KY. Depression and marital intimacy level in parents of infants with sleep onset association disorder: a preliminary study on the effect of sleep education. *Korean J Pediatr*. 2013 May;56(5):211-7.
- ¹⁶ Owens JA. Introduction: culture and sleep in children. *Pediatrics* 2005;115:201-3.
- ¹⁷ Sadeh A. Cognitive-behavioral treatment for childhood sleep disorders. *Clin Psychol Rev*. 2005 Jul;25(5):612-28.
- ¹⁸ Le Goff J-F. Thérapeutique de la parentification : une vue d'ensemble. *Thérapie familiale* 2005;26: 285-298
- ¹⁹ De Young A, Kenardy J. Trouble de stress post-traumatique chez les jeunes enfants. Centre of National research on Disability and Rehabilitation Medicine, School of Medicine, University of Queensland, AUSTRALIE, Epub 2013mars.
- ²⁰ Moret J, Efonayi-Mäder D, Stants F. (2007) *Diaspora sri lankaise en Suisse*. Berne: ODM.
- ²¹ M.Saraga, E.Keravec, P.Bodenmann, P.Clément, N.Moreno-Dàvila, H.Wolff, C.Madrid: Durcissement des lois sociales et santé des migrants forcés: trois ans après la Loi sur l'asile (LAsi), *Rev Med Suisse* 2012;8:1786-1790
- ²² Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
- ²³ Garbian T, Barras V. Migration et système de santé vaudois, du 19e siècle à nos jours. Hors serie. Editions BHMS, Lausanne, 2012. p.63, colonne 2, ligne 9
- ²⁴ Frenck N. La famille et les soignants, rencontre entre deux systèmes. *Krankenpflege/Soins Infirmiers*, 1985 Mai;67-69.
- ²⁵ Chantre P-L. La famille, cette usine à message. *Allez savoir!* No 30 octobre 2004 p.18-25
- ²⁶ Vriend J, Corkum P. Clinical management of behavioral insomnia of childhood. *Psychol Res Behav Manag*. 2011;4:69-79.
- ²⁷ Hale L, Berger LM, LeBourgeois MK, Brooks-Gunn J. Social and demographic predictors of preschoolers' bedtime routines. *J Dev Behav Pediatr*. 2009 Oct;30(5):394-402.
- ²⁸ Dewulf A-C et al, "L'état de stress post-traumatique chez l'enfant: question autour de la description diagnostique. *Bulletin de psychologie*. 2006;1:119-132
- ²⁹ Brunet A, Akerib V, Birmes P. Don't throw out the baby with the bathwater (PTSD is not overdiagnosed). *Can J Psychiatry*. 2007 Aug;52(8):501-2
- ³⁰ Kreisler L. La psychosomatique de l'enfant. 3^{ème} édition mise à jour. Coll. Que sais-je ?, PUF, Paris, 1989.

